ORGANISATION DES SERVICES POSTHOSPITALIERS

DE RÉADAPTATION ET DE CONVALESCENCE

État de situation à l'automne 2004

Québec

ORGANISATION DES SERVICES POSTHOSPITALIERS

DE RÉADAPTATION ET DE CONVALESCENCE

État de situation à l'automne 2004

Juin 2005

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec

106-0 5916 /

Production
Service de la planification et du développement stratégique
Direction des ressources humaines, information et planification
Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal

Rédaction
Martine Cloutier, conseillère

Collaboration à la rédaction
Francine Alie
Claire Amyot
Michèle Bérubé
Jean-Pierre Bluteau
Julie Boucher
Monique Chicoyne
Diane Courchesne
Raymond Fortin
Gilles Lavoie
Carole Lécuyer
Luc Quintal
Marie-André Picard
Nathalie Trudelle

© Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux Québec

Dépôt légal Bibliothèque Nationale du Québec, 2005
ISBN : 2-89510-231-7

Ce document est disponible

- aux Services documentaires de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, téléphone (514) 286-5604
  Prix : 8,00 $
- sur le site Web de l'Agence de Montréal : www.santemontreal.qc.ca

Note : Le masculin est pris dans son sens générique et désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Ce document a été réalisé en collaboration avec le ***comité consultatif sur l'organisation des services posthospitaliers de réadaptation et de convalescence*** et le ***comité des centres hospitaliers référents***, lesquels étaient constitués des personnes suivantes :

Comité consultatif :

Lyne Bégin, CSSS Verdun/Côte St-Paul, Saint-Henri et Pointe Saint-Charles
Manon Charpentier, CSSS La Petite Patrie et Villeray
Céline Crowe, Institut universitaire de gériatrie de Montréal
Jean-Pierre Cyr, CSSS Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond et Rosemont
Christianne Cyr-Stafford, Hôpital Marie-Clarac
Lucie Delwaide, CSSS Jeanne-Mance
Louise Deschamps, CSSS de l'Ouest-de-l'île
Jacques Fortin, CSSS Côte-des-Neiges, Métro et Parc Extension
Daniel Hétu, Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
Louise Hudon, Hôpital Catherine Booth de l'Armée du Salut
Cally Kearney, CSSS Cavendish
Rosanne Lachance, CSSS Ahuntsic et Montréal-Nord
Hazel Lefebvre, Hôpital Villa Médica
Claire Marcouiller CSSS Nord de l'Île et Saint-Laurent
Marc Prénovost, Institut de réadaptation de Montréal
Josée Proulx, CSSS Saint-Léonard et Saint-Michel
Denyse Saey, CSSS LaSalle et Vieux Lachine
Danielle Sasseville, CSSS Pointe-de-l'île
Vincent Tam, Hôpital de réadaptation Lindsay
Nancy Tremblay, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

Comité des centres hospitaliers référents :

Diane Boyer, Centre hospitalier Fleury
Carole Common, Centre universitaire de santé McGill
Lucie Craig, Hôpital Maisonneuve-Rosemont
Yves Desjardins, Hôpital Jean-Talon
Sylvie Douyon, Hôpital général du Lakeshore
Josée Fournier, Centre hospitalier de Verdun
Myriam Giguère, Centre hospitalier de l'Université de Montréal
Anne-Marie Lejeune, Centre hospitalier de Lachine
Charlotte L'Heureux, Centre hospitalier de LaSalle
Normand Lorrain, Institut de cardiologie de Montréal
Suzanne Lussier, Hôpital Santa Cabrini
Joanne Pike, Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis
Pierrette Rolland, Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal
Carole St-Pierre, Centre hospitalier St. Mary

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 13

1. LE CONTEXTE 15
   - 1.1 Les services et les clientèles à l'étude 15
   - 1.2 L'organisation des services de réadaptation en déficience physique à Montréal 16
   - 1.3 Le cheminement de la clientèle nécessitant des services de réadaptation ou de convalescence 17

2. LES ÉTABLISSEMENTS OFFRANT DES SERVICES POSTHOSPITALIERS 19
   - 2.1 Les services posthospitaliers offerts par le biais de lits de courte durée physique 19
   - 2.2 Les services posthospitaliers offerts par le biais de lits d'hébergement temporaire en CHSLD 20
   - 2.3 Les services posthospitaliers offerts sur une base externe 21
   - 2.4 Les services à domicile posthospitaliers 23
   - 2.5 Les services posthospitaliers par territoire de CSSS 23
   - 2.6 Les ressources financières 26
   - 2.7 Les ressources humaines 29

3. LES SERVICES POSTHOSPITALIERS DISPENSÉS DANS DES LITS DE SANTÉ PHYSIQUE EN CHR ET URFI 31
   - 3.1 Les lits de réadaptation 31
   - 3.2 Les lits de convalescence 33
   - 3.3 Les admissions 34
   - 3.4 Les durées moyennes de séjour 36
   - 3.5 L'utilisation des lits 37
   - 3.6 L'âge de la clientèle 38
   - 3.7 Le lieu de résidence de la clientèle 38
   - 3.8 La provenance de la clientèle 41
   - 3.9 L'orientation de la clientèle au congé 42

4. LES SERVICES POSTHOSPITALIERS OFFERTS DANS DES LITS D'HÉBERGEMENT TEMPORAIRE EN CHSLD 45

5. LES SERVICES POSTHOSPITALIERS DISPENSÉS SUR UNE BASE EXTERNE 47

5.1 Les services externes des CHR 47

5.2 Les services dispensés par les hôpitaux de jour 52

5.3 Les services dispensés par les centres de réadaptation 52

6. LES SERVICES POSTHOSPITALIERS DISPENSÉS À DOMICILE 57

6.1 Projet de désengorgement des salles d'urgence 57

6.2 Les services de réadaptation en CLSC 58

7. LES CLIENTÈLES-CIBLES 59

7.1 L'orthopédie 59

7.2 La neurologie 64

7.3 Les amputations 66

7.4 En résumé 68

8. LES PRINCIPAUX CONSTATS ET PROBLÉMATIQUES 69

8.1 Les programme-services 69

8.2 Les modalités d'accès aux lits de réadaptation : 70

8.3 Les délais d'accès aux services 70

8.4 L'accessibilité des services externes de réadaptation fonctionnelle intensive 71

8.5 La prévention de la perte d'autonomie en milieu hospitalier de courte durée 71

8.6 Accès aux services à domicile 72

8.7 Le rôle des CLSC au plan de la réadaptation : 72

8.8 L'orientation de la clientèle au congé hospitalier 73

8.9 Les difficultés d'accès aux services pour certaines clientèles 73

8.10 Les services à la clientèle ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou 73

8.11 Les masses critiques 74

8.12 L'organisation des services de réadaptation aux personnes ayant une déficience physique à Montréal 74

8.13 La participation sociale des personnes ayant une déficience physique : 75

8.14 La continuité des services 75

8.15 Le contexte de l'implantation des CSSS : 75

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : Rôle des établissements au plan de la réadaptation 17
Tableau 2 : Cheminement de la clientèle nécessitant des services de réadaptation ou de convalescence 18
Tableau 3 : Lits de santé physique dans les établissements offrant des services posthospitaliers 19
Tableau 4 : Localisation des lits d'hébergement temporaire en septembre 2004 21
Tableau 5 : Territoire de desserte des hôpitaux de jour 22
Tableau 6 : Territoire de desserte des CRDP 22
Tableau 7 : Établissements offrant des services posthospitaliers par territoire de CSSS 24
Tableau 8 : Portrait des ressources en services posthospitaliers par territoire de CSSS 25
Tableau 9 : Revenus totaux des CHR en 2003-2004 et dépenses cliniques des URFI en 2002-2003 27
Tableau 10 : Dépenses en services externes des CHR en 2003-2004 28
Tableau 11 : Dépenses en hôpitaux de jour en 2002-2003 28
Tableau 12 : Nombre de lits dressés de réadaptation par programme 31
Tableau 13 : Nombre de lits par programme à l'IRM 32
Tableau 14 : Lits de convalescence active en CHR en septembre 2004 33
Tableau 15 : Nombre d'admissions par programme (service hospitalier) en CHR et en URFI en 2002-2003 35
Tableau 16 : Admissions par programme en 2002-2003 36
Tableau 17 : Durées moyenne de séjour par programme (service hospitalier) en 2002-3003 36
Tableau 18 : Équivalents-lits par programme en 2002-2003 37
Tableau 19 : Équivalents-lits par programmes en 2002-2003 37
Tableau 20 : Âge de la clientèle en 2002-2003 38
Tableau 21 : Région de provenance de la clientèle en 2002-2003 39
Tableau 22 : Nombre de résidents des régions de Montréal et Laval ayant été admis dans un CHR à Montréal et à Laval en 2002-2003 39
Tableau 23 : Territoire de CSSS de résidence de la clientèle montréalaise admise en CHR et URFI en 2002-2003 40
Tableau 24 : Provenance de la clientèle des CHR et URFI en 2002-2003 41
Tableau 25 : Provenance de la clientèle Hôpital Juif de réadaptation de Laval 42
Tableau 26: Destination de la clientèle au congé en 2002-2003 43
Tableau 27 : Destination de la clientèle orientée en CHSGS après son séjour en CHR et URFI en 2002-2003 43
Tableau 28 : Admissions en hébergement temporaire pour motif de convalescence en 2003-2004 45
Tableau 29 : Nombre d'usagers desservis par les CHR sur une base externe par programme en 2003-2004 47
Tableau 30 : Ratio nombre d'usagers admis / nombre d'usagers desservis en externe 48
Tableau 31 : Provenance des usagers desservis par les CHR sur une base externe en 2003-2004 48
Tableau 32 : Nombre de jours-traitement et d'heures de prestation de services en externe par programme en 2003-2004 49

Tableau 33 : Nombre de jours-traitement et d'heures de prestation de service en externe par service en 2003-2004* 50
Tableau 34 : Nombre de jours-traitement et d'heures de prestation de services en externe par programme et par usagers en 2003-2004 50
Tableau 35 : Durée d'intervention (en jours) en externe par programme en 2003-2004 51
Tableau 36 : Effectifs en services externes en ETC* 51
Tableau 37 : Provenance des demandes acheminées au Centre de réadaptation Constance Lethbridge en 2003-2004 53
Tableau 38 : Provenance des demandes acheminées au Centre de réadaptation Lucie Bruneau en 2003-2004 53
Tableau 39 : Région de résidence de la clientèle des centres de réadaptation Constance Lethbridge et Lucie Bruneau* en 2003-2004 54
Tableau 40 : Age de la clientèle des centres de réadaptation Constance Lethbridge et Lucie Bruneau en 2003-2004 55
Tableau 41 : Diagnostics présentés par la clientèle admise en CHR et en URFI en 2002-2003 avec une problématique en orthopédie 59
Tableau 42 : Séjours en CHR et en URFI de la clientèle ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou en 2003-2004 60
Tableau 43 : Cheminement de la clientèle ayant subi une arthroplastie à la hanche en 2003-2004 61
Tableau 44 : Cheminement de la clientèle ayant subi une arthroplastie au genou en 2003-2004 62
Tableau 45 : Séjours en CHR et en URFI de la clientèle ayant subi un AVC pour l'exercice 2003-2004 64
Tableau 46 : Provenance de la clientèle admise en CHR et URFI en 2003-2004 suite à un AVC 65
Tableau 47 : Durées de séjour hospitalier de la clientèle admise en CHR et URFI en 2003-2004 suite à un AVC 66
Tableau 48 : Séjours en réadaptation de la clientèle amputée en 2002-2003* 67
Tableau 49 : Acte chirurgical effectué au CHSGS chez les patients admis en CHR dans le programme « amputés » en 2002-2003 67

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CH	Centre hospitalier
CHR	Centre hospitalier de ré adaptation
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CRCL	Centre de réadaptation Constance Lethbridge
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique
CRLB	Centre de réadaptation Lucie Bruneau
CSSS 01	CSSS de l'Ouest-de-l'Île
CSSS 02	CSSS LaSalle, Vieux Lachine
CSSS 03	CSSS Verdun/Côte Saint-Paul, Saint-Henri, Pointe Saint-Charles
CSSS 04	CSSS René-Cassin, Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest
CSSS 05	CSSS Côte-des-Neiges, Métro, Parc Extension
CSSS 06	CSSS Nord de l'Île, Saint-Laurent
CSSS 07	CSSS Ahuntsic, Montréal-Nord
CSSS 08	CSSS La Petite Patrie, Villeray
CSSS 09	CSSS Jeanne-Mance
CSSS 10	CSSS Saint-Léonard, Saint-Michel
CSSS 11	CSSS Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond, Rosemont
CSSS 12	CSSS de la Pointe-de-l'Île
IRM	Institut de réadaptation de Montréal
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal
RAIS	Réadaptation axée sur l'intégration sociale
RFI	Réadaptation fonctionnelle intensive
URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive

Introduction

Cet état de situation constitue la première étape d'une démarche visant le développement et la mise en œuvre d'un modèle d'organisation des services posthospitaliers et dont l'objectif est l'amélioration tangible de leur performance en termes d'efficacité, d'efficience, d'adaptation et de pertinence.

D'entrée de jeu, il importe de souligner que seuls les services de réadaptation et de convalescence offerts sur une base interne, externe ou à domicile sont ici concernés. La prochaine section présente d'ailleurs de façon spécifique les services dont il sera question.

Le plan de travail élaboré prévoit, suite à l'état de situation, l'identification des paramètres sur lesquels devra s'appuyer l'organisation des services privilégiée, en précisant les modifications à apporter à l'organisation actuelle des services et les résultats visés. L'élaboration du modèle d'organisation des services suivra. Le développement d'un plan de mise en œuvre du modèle proposé constitue la dernière étape à réaliser dans le cadre de ce mandat. Il importe par ailleurs de souligner que cette démarche doit également tenir compte des services dispensés dans la région de Laval, d'où la collaboration de l'Agence de Laval.

Des consultations seront menées auprès des partenaires pertinents aux différentes étapes du processus, de façon à favoriser le développement du consensus le plus large possible sur le modèle d'organisation proposé, et ce, afin d'en faciliter la mise en œuvre. Sans vouloir présumer des orientations qui seront retenues, il est d'ores et déjà acquis que l'organisation de services privilégiée prendra la forme de continuums de services qui intégreront les services de santé physique, de réadaptation ou de convalescence et de soutien à l'intégration.

Les échéanciers identifiés par le MSSS pour atteindre les objectifs fixés sont extrêmement serrés, ce qui a obligé l'Agence à faire des choix au niveau du plan de travail et, plus spécifiquement, pour réaliser cet état de situation. Le mandat identifié par le MSSS est par ailleurs large et transcende plusieurs programmes-services : santé physique, déficience physique et personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement. Cette démarche traite de sujets propres au monde de la réadaptation, tout en étant associée de près aux préoccupations relatives à l'engorgement des salles d'urgence. Elle concerne de façon importante les services aux personnes âgées. Elle prend par ailleurs une connotation toute particulière dans le contexte de l'implantation des CSSS. Tels sont les défis que présente cette démarche.

1. Le contexte

1.1 Les services et les clientèles à l'étude

On entend généralement par « *services posthospitaliers* » des services offerts suite à une hospitalisation, que ce soit à l'interne, par un transfert dans un autre établissement, sur une base externe ou à domicile. Cependant, le présent mandat ne concerne pas tous les services offerts en posthospitaliers, mais seulement les services de réadaptation et de convalescence.

Plus spécifiquement, les services concernés sont :

- Les services de réadaptation dispensés par les six centres hospitaliers de réadaptation (CHR), de la région, que ce soit à l'interne ou à l'externe :

Hôpital Catherine Booth
Hôpital de réadaptation Lindsay
Hôpital Marie-Clarac
Hôpital Villa Médica
Institut de réadaptation de Montréal
Centre hospitalier Richardson - CSSS René-Cassin, Notre-Dame-de-Grâce/Montréal Ouest

  Il sera également question des services de l'Hôpital Juif de réadaptation, un CHR situé à Laval.

- Les services dispensés dans le cadre des programmes de convalescence de ces mêmes établissements.
- Les services des unités de réadaptation fonctionnelle intensives (URFI) :

Institut universitaire de gériatrie de Montréal (IUGM)
Centre hospitalier Jacques-Viger - CSSS Jeanne-Mance -
Pavillon J.-Henri-Charbonneau – CSSS Hochelaga-Maisonneuve, Olivier-Guimond, Rosemont
Pavillon Champlain – CSSS Verdun/Côte Saint-Paul, Saint-Henri, Pointe Saint-Charles
Pavillon Notre-Dame de la Merci – CSSS Nord de l'île, Saint-Laurent

- Les services de réadaptation offerts par les huit hôpitaux de jour de la région;
- Les services d'hébergement temporaire pour la clientèle en convalescence, offerts par certains centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- Certains des services des centres de réadaptation en déficience physique (CRDP) :

Centre de réadaptation Constance-Lethbridge
Centre de réadaptation Lucie-Bruneau

- Les services à domicile pour la clientèle en processus de réadaptation ou de convalescence.

Cette démarche s'attardera donc aux trois « **programmes-services** » suivants :

- Le programme « ***déficience physique*** », qui s'adresse à des personnes présentant des incapacités significatives et persistantes;
- Le programme « ***santé physique*** », qui répond aux besoins des personnes présentant des incapacités temporaires;
- Le programme « ***personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement*** ».

Seule la clientèle adulte est ici concernée. De plus, il est à noter que les soins palliatifs sont exclus de cette analyse. Il en va de même des lits de gériatrie de l'IUGM et du Pavillon Notre-Dame-de-la-Merci. Les services du CH Mont Sinaï ont aussi été exclus car ils sont d'une nature autre que les services des établissements de réadaptation dont il est question. La section 2 présentera en détail l'ensemble de ces ressources.

1.2 L'organisation des services de réadaptation en déficience physique à Montréal

Il importe de souligner d'entrée de jeu que la région de Montréal présente une particularité importante en ce qui a trait à l'organisation de ses services de réadaptation pour la clientèle adulte. En effet, à Montréal, plusieurs catégories d'établissements se partagent la responsabilité de l'offre de service de réadaptation à la clientèle ayant une déficience physique, donc des incapacités significatives et persistantes, soit les CHR et les URFI, ainsi que les CRDP.

Montréal est la seule région du Québec, avec Laval, dans laquelle on retrouve des CHR. Dans les autres régions, toute l'offre de service de réadaptation à la clientèle ayant une déficience motrice est assurée par un centre de réadaptation.

En fait, l'offre de service des CHR et des URFI est concentrée autour de la réadaptation fonctionnelle intensive (RFI), que ce soit à l'interne ou à l'externe, alors que celle des CRDP s'articule autour des services de réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS) et des services de soutien à l'intégration[1].

> *« Au niveau de la **réadaptation fonctionnelle intensive**, on cible plus particulièrement le développement et la récupération des capacités physiques, l'acquisition d'habiletés compensatoires adaptées à la situation de la personne, la mise à la disposition d'aides techniques appropriées, s'il y a lieu, et la maîtrise de son utilisation, l'acquisition d'une perception valorisante de la personne, et l'acquisition d'une indépendance psychosociale. »*[2]

> *« Au niveau de la **réadaptation axée sur l'intégration sociale**, on cible plus particulièrement le développement optimal de l'autonomie physique, psychosociale, sociorésidentielle, professionnelle et communautaire, complétées par des mesures en soutien à l'intégration. Pour certaines clientèles, ces activités s'inscrivent en continuité à la réadaptation déjà amorcée au plan des systèmes organiques et des aptitudes de la personne. »*[3]

---

1 Les services de soutien à l'intégration ne sont pas traités dans le cadre du présent mandat.

2 MARCOTTE, Anne-Claire. *Rapport d'étape sur les services de réadaptation axés sur l'intégration sociale offerts par centre de réadaptation Lucie Bruneau, Centre de réadaptation Constance Lethbridge, L'Institut de réadaptation de Montréal*, Régie régionale de Montréal-Centre, juin 1999, p. 9.

3 Op. cit.

En d'autres termes, en réadaptation fonctionnelle intensive, les interventions sont axées sur la récupération des fonctions motrices et cognitivo-sensorielles ainsi que sur la restauration de l'autonomie personnelle. Au niveau de la réadaptation axée sur l'intégration sociale on intervient plutôt sur la prise en charge personnelle, l'autonomie résidentielle et socio-professionnelle afin de maximiser la participation sociale.

Les services de réadaptation fonctionnelle intensive sont dispensés sur une base interne, soit dans le cadre d'une admission en établissement. Ils sont également offerts sur une base externe par les CHR et les hôpitaux de jour. Les services des deux CRDP sont essentiellement offerts sur une base externe bien que un des deux établissements offre également des services en internat pour certaines clientèles tel qu'il le sera présenté ultérieurement.[4]

C'est donc dire que les usagers qui relèvent du programme « déficience physique », seront d'abord, en post-hospitalier, transférés en CHR pour recevoir des services de RFI, que ce soit sur une base interne ou externe. Ensuite, certains d'entre eux seront référés dans un des deux centres de réadaptation pour des services de réadaptation axés sur l'intégration sociale. Ce sera particulièrement le cas pour la clientèle de l'Institut de réadaptation de Montréal (IRM) qui, comme nous le verront plus tard, reçoit exclusivement une clientèle qui présente des incapacités significatives et persistantes, donc susceptibles de nécessiter des services de réadaptation axée sur l'intégration sociale. Il est à noter que certains usagers sont orientés directement du centre hospitalier (CH) vers un CRDP attendu la nature de leurs besoins au plan de la réadaptation.

Le schéma suivant fait état des rôles des établissements montréalais au plan de la réadaptation.

Tableau 1 : Rôle des établissements au plan de la réadaptation

	RFI		RAIS	
	Interne	Externe	Interne	Externe
CHR				
URFI				
Hôpitaux de jour				
CRDP				

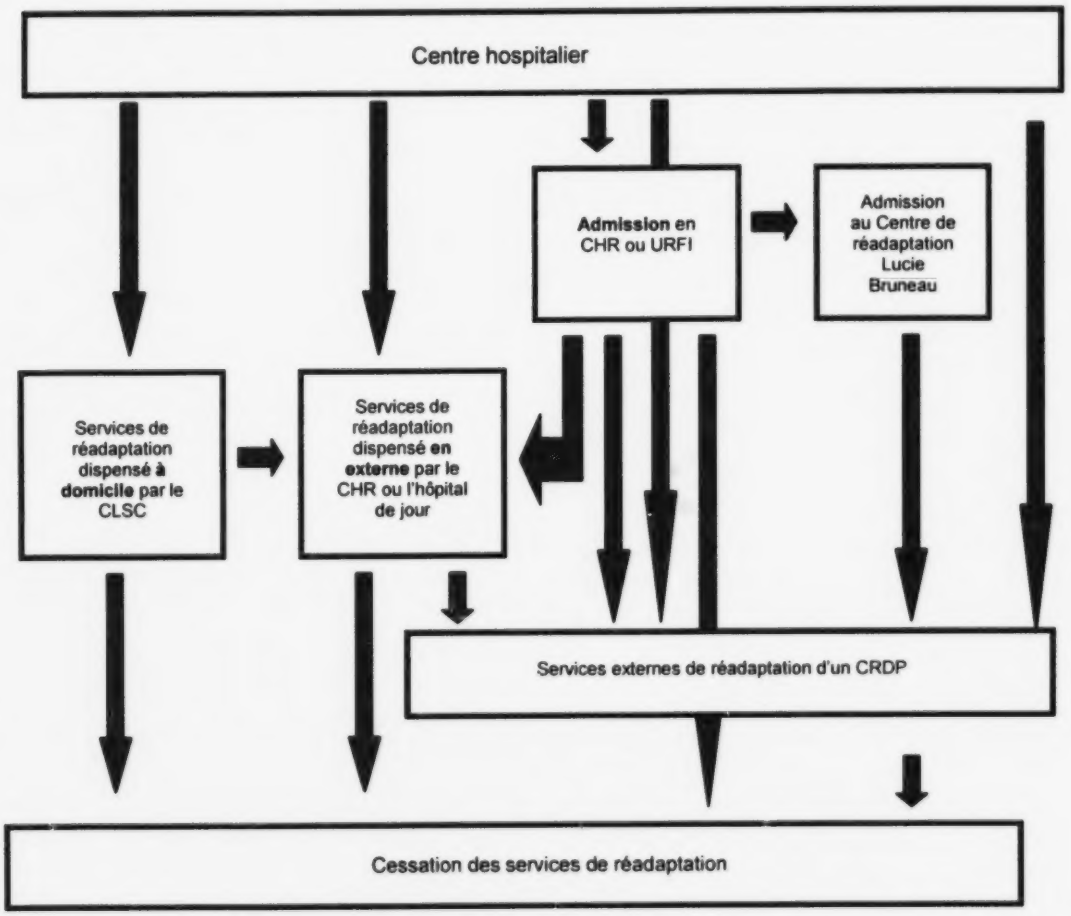
1.3 Le cheminement de la clientèle nécessitant des services de réadaptation ou de convalescence

Cet état de situation ne traite pas que des services de réadaptation dispensés à la clientèle ayant une déficience physique, mais, comme mentionné précédemment, il concerne l'ensemble des clientèles nécessitant des services de réadaptation ou de convalescence en post-hospitalier donc également des clientèles présentant des incapacités temporaires qui relèvent du programme « santé physique ».

[4] Pour faciliter la présentation, tous les services des CRDP sont présentés dans la même section.

Le diagramme qui suit présente donc les différentes trajectoires que peuvent suivre les clientèles en besoin de réadaptation ou de convalescence, du centre hospitalier jusqu'au retour à domicile.

Tableau 2 : Cheminement de la clientèle nécessitant des services de réadaptation ou de convalescence



2. Les établissements offrant des services posthospitaliers

Les services posthospitaliers, tels qu'ils sont décrits précédemment, sont offerts à l'interne dans des lits de courte durée et des lits d'hébergement temporaire en CHSLD, ainsi qu'à l'externe et à domicile. Cette section présente brièvement les établissements et les ressources concernés.

2.1 Les services posthospitaliers offerts par le biais de lits de courte durée physique

Onze établissements de la région, c'est-à-dire cinq CHR, cinq CSSS et l'IUGM, offrent des services posthospitaliers dans des lits de santé physique, c'est-à-dire de courte durée, tel que le présente le tableau qui suit. Il s'agit de lits de réadaptation et de convalescence. On compte de plus un CHR de 120 lits à Laval, l'Hôpital Juif de réadaptation, qui dessert, entre autres, une clientèle montréalaise.

Tableau 3 : Lits de santé physique dans les établissements offrant des services posthospitaliers

Établissements	Lits de santé physique		Services posthospitaliers		Soins palliatifs*	Gériatrie*
	Au permis	Dressés	Réadaptation	Convalescence		
CHR						
Catherine Booth	84	84	64	20		
Lindsay	155	133	133	0		
Marie-Clarac	204	188	113	75		
Villa Médica	207	150	120	30		
Institut de réadaptation de Montréal	102	80	80	0		
Sous-total CHR	752	635	510	125		
CSSS						
CSSS 04 – Richardson (CHR)	42	67	42	25		
CSSS 09 - Jacques Viger (URFI)	35	35	35	0		
CSSS 11 - J.-Henri-Charbonneau (URFI)	33	33	33	0		
CSSS 03 – Champlain (URFI)	32	32	27	0	5	
CSSS 06 - Notre-Dame de la Merci (URFI)	53	40	22	0	10	8
Sous-total CSSS	195	207	159	25		
IUGM	73	73	45	0		28
Nombre total de lits – région de Montréal	**1 020**	**915**	**714**	**150**	**15**	**36**
Nombre de lits de soins posthospitaliers dressés – région de Mtl			865			
Hôpital Juif de réadaptation de Laval	**120**	**120**	**120**	**0**		

* Ces services ne seront pas traités ici puisqu'ils sont utilisés majoritairement par une clientèle vivant à domicile qui n'est pas transférée d'un centre hospitalier.

Il est à noter que les lits de convalescence active sont financés par des fonds non-récurrents. Il en va de même de 26 des 715 lits de réadaptation tel que nous le verrons ultérieurement.

Mentionnons qu'avant la création des CSSS, la région était dotée de six CHR et de cinq URFI en CHSLD. Un des CHR, soit le Centre hospitalier Richardson, et quatre des URFI ont été intégrés dans un CSSS, alors que l'IUGM n'a pas été regroupé. Les CHR sont dotés d'un permis de CHSGS, donc de lits de santé physique. Quant aux lits des URFI, même s'ils se situaient en CHSLD, il s'agit également de lits de santé physique.

Le Centre hospitalier Richardson, l'Hôpital Catherine Booth et l'Hôpital de réadaptation Lindsay sont désignés pour offrir des services en langue anglaise. Quant à l'Institut de réadaptation de Montréal, il est « indiqué » dans le plan d'accès en langue anglaise de la région pour offrir certains services en langue anglaise.

2.2 Les services posthospitaliers offerts par le biais de lits d'hébergement temporaire en CHSLD

Parmi les motifs de demande de lits d'hébergement temporaire, hormis le répit, le dépannage et la protection sociale, on retrouve la convalescence qui est définie de la façon suivante dans le cadre de référence du programme :

> *« Période de récupération, pour une personne qui a été hospitalisée qui ne nécessite pas de soins médicaux/infirmiers actifs ni des services de réadaptation et dont l'état général rendrait possible le retour à domicile si les conditions du milieu le permettait*[5]*. »*

La durée maximale prévue par séjour est de deux à quatre semaines.

On compte dans la région autour de 145 lits d'hébergement temporaire en CHSLD répartis dans 17 sites, tel que le présente le tableau suivant :

[5] *Hébergement temporaire programme-cadre et guide opérationnel*, Régie régionale de Montréal-Centre, Novembre 2000, révisé mars 2004, p. 4.

Tableau 4 : Localisation des lits d'hébergement temporaire en septembre 2004

Installations (CHSLD)	Nombre de lits d'hébergement temporaire	Rapport avec le CSSS		
		Intégrés	Associés	Non regroupés
Vigi Reine Élisabeth	3		01	
Foyer Dorval	10	02		
Camille Lefebvre	9	02		
CA Lasalle	4	02		
Grace Dart	15		04	
Maimonides	4		04	
Institut Thoracique	1			04
Notre-Dame-de-la-Merci	19	06		
Manoir Cartierville	2	06		
Jacques Viger	15	09		
St-George	6		08	
Résidence St-Charles Borromée	9	09		
Manoir de l'Âge d'Or	8	09		
Centre Jean-de-la-Lande	22	09		
Dante	3			10
Champlain Marie-Victorin	15*		10-12	
Triest	1	12		
Total	**146**			

* Ces lits ne sont actuellement pas dressés.

Cependant, il n'y a pas un nombre de lits prédéterminés spécifiquement pour la convalescence en CHSLD.

2.3 Les services posthospitaliers offerts sur une base externe

Compte tenu de l'objectif des travaux, les services externes dont il sera question ici sont ceux offerts par les CHR, les hôpitaux de jour et les CRDP.

2.3.1 Les services externes des CHR

Outre les services dispensés à des personnes hospitalisées, les six CHR dispensent également des services sur une base externe.

2.3.2 Les hôpitaux de jour

Des services externes sont aussi offerts par les huit hôpitaux de jour de la région, dont quatre se situent dans les CSSS où on retrouve aussi des URFI. L'hôpital de jour est un programme interdisciplinaire de services externes d'évaluation, de traitement et de réadaptation pour la clientèle gériatrique. Les hôpitaux de jour couvrent un territoire géographique prédéterminé. Le tableau suivant fait état des hôpitaux de jour de la région et de leur territoire actuel de desserte :

Tableau 5 : Territoire de desserte des hôpitaux de jour

Hôpitaux de jour	Rapport avec le CSSS			Territoires de desserte	CSSS de desserte	
	Intégrés	Associés	Non regroupés		En totalité	En partie
CH de Lachine	02			Vieux-Lachine, Pierrefonds, Lac St-Louis	1	2
Champlain	03			Verdun Côte St-Paul, LaSalle, Pointe-St-Charles	3	2
Maimonides		04		St-Laurent, Côte-des-Neiges, René-Cassin et toutes les personnes de religion juive du Québec*		4-5-6
IUGM		05		Côte-des-Neiges, René-Cassin,		4-5
CUSM (Royal Victoria)			05	Métro, St-Henri, St-Louis du Parc, Notre-Dame-de-Grâce		2-3-9
Notre-Dame-de-la-Merci	06			Nord de l'Ile, Ahuntsic, St-Laurent, St-Michel, Montréal-Nord	7	6-10
Jacques-Viger	09			Des Faubourgs, Plateau Mont-Royal, Parc Extension, Villeray, Petite Patrie	8	5-9
J.-Henri-Charbonneau	11			Hochelaga-Maisonneuve, Rosemont, Olivier-Guimond, St-Léonard, Mercier-Est/Anjou, Rivière-des-Prairies, Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est	11-12	10

* Le transport n'est pas assuré par l'établissement pour la clientèle de religion juive hors territoire.

2.3.3 Les services des deux centres de réadaptation en déficience physique (CRDP)

Tel qu'expliqué dans la section 1, deux autres établissements offrent des services de réadaptation sur une base externe, soit les centres de réadaptation Constance Lethbridge (CRCL) et Lucie Bruneau (CRLB). Ces deux établissements offrent spécifiquement des services de réadaptation axée sur l'intégration sociale. Sauf pour certains programmes régionaux, le partage des responsabilités des deux CRDP s'effectue sur une base géographique, tel que le présente le tableau suivant :

Tableau 6 : Territoire de desserte des CRDP

CRDP	Territoires de CLSC desservis		CSSS desservi
Centre de réadaptation Constance Lethbridge (CRCL)	Côte-des-Neiges	Vieux-Lachine	01
	René-Cassin	Pierrefonds	02
	Métro	Lac St-Louis	03
	St-Henri	Verdun Côte St-Paul	04
	NDG/Mtl Ouest	Pointe-St-Charles	05
	St-Laurent (en partie)		06
Centre de réadaptation Lucie Bruneau (CRLB)	Lasalle	Villeray	02
	St-Louis du Parc	Petite Patrie	05
	Nord de l'Ile	Hochelaga-Maisonneuve	06
	Ahuntsic	Rosemont	07
	St-Michel	Olivier-Guimond	08
	Montréal-Nord	St-Léonard	09
	Des Faubourgs	Mercier-Est/Anjou	10
	Plateau Mont-Royal	Rivière-des-Prairies	11
	Parc Extension	Pointe-aux-Trembles/Montréal-Est	12
	St-Laurent (en partie)		

Mentionnons également que le CRCL est désigné pour offrir des services en langue anglaise. Les usagers d'expression anglaise du territoire desservi par le CRLB peuvent donc choisir de recevoir leurs services plutôt du CRCL.

2.4. Les services à domicile posthospitaliers

Comme chacun le sait, les services à domicile, dont ceux requis suite à une hospitalisation, sont dispensés par les 29 CLSC de la région, maintenant intégrés dans les 12 CSSS. Il s'agit :

- De services **professionnels** (services médicaux, soins infirmiers, nutrition, physiothérapie, ergothérapie, services psychosociaux);
- De services **d'aide à domicile** (assistance personnelle, aide domestique, soutien civique);
- De services de **soutien aux proches-aidants** (gardiennage, répit, dépannage).

Dans le cadre de ce mandat, tel que mentionné précédemment, les services à domicile dont il est question sont ceux offerts à la clientèle en processus de réadaptation ou de convalescence. Plus spécifiquement, deux types de clientèles retiennent notre attention :

- La clientèle qui, pour retourner à domicile suite à une hospitalisation, a besoin de services d'aide à domicile, mais également de services de réadaptation, qui peuvent être dispensés par le CLSC au domicile de l'usager. Cette clientèle est généralement une clientèle qui présente des incapacités temporaires et qui relèvent du programme « santé physique ». On pense par exemple à la clientèle ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou ou une fracture;
- La clientèle qui, pour retourner à domicile suite à une hospitalisation, a besoin de services d'aide à domicile et de certains services professionnels, mais dont les services de réadaptation seront dispensés par un programme de services externes de réadaptation d'un autre établissement. Il peut également s'agir d'une clientèle qui a été orientée dans un établissement de réadaptation sur une base interne et qui, pour retourner à domicile a besoin de services d'aide et de services professionnels. Il s'agit habituellement d'une clientèle qui présentera des incapacités significatives et persistantes, donc qui relèvent du programme « déficience physique ». On pense par exemple à la clientèle ayant subi un AVC.

2.5 Les services posthospitaliers par territoire de CSSS

Le tableau qui suit identifie le territoire de CSSS dans lequel se situe chacun des établissements ou programmes offrant des services posthospitaliers mentionnés précédemment, sauf en ce qui concerne l'hébergement temporaire.

Tableau 7 : Établissements offrant des services posthospitaliers par territoire de CSSS

(en excluant l'hébergement temporaire)

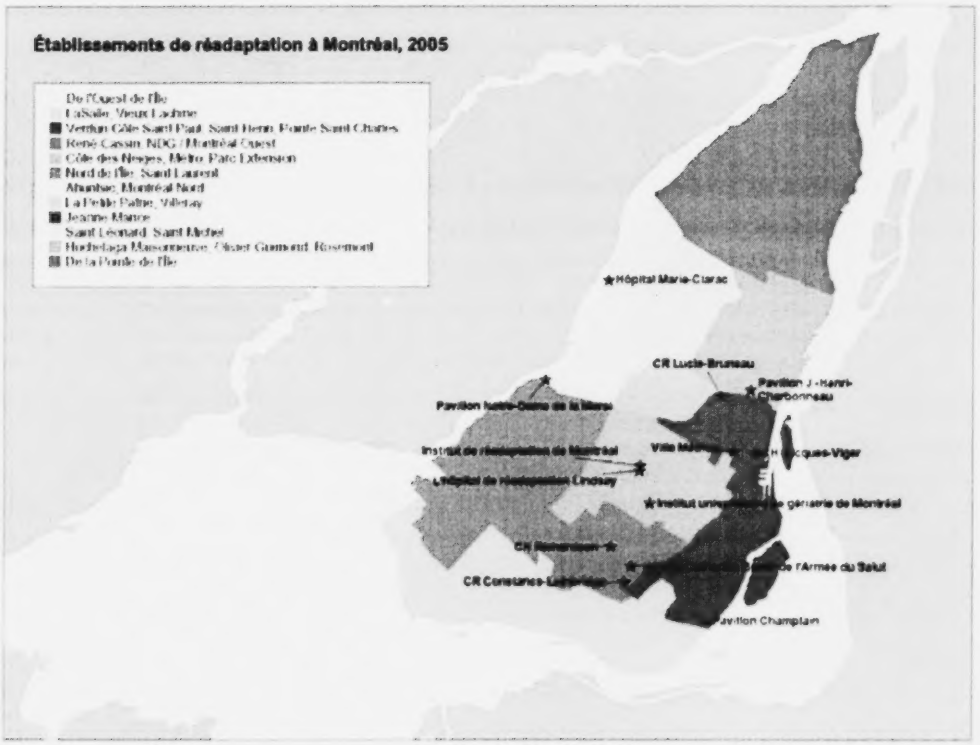
Établissements	Lits dressés		Programme de services externes			Rapport avec CSSS		
	Réadaptation	Convalescence	Réadaptation	Hôpital de jour	Réadaptation axée sur l'intégration sociale	Intégré	Associé	Non-regroupé
CSSS 02 – CH de Lachine	0	0		x		02		
CSSS 03 – Champlain	27	0		x		03		
CSSS 04 – Richardson	42	25	x			04		
Centre Gériatrique Maimonides	0	0		x			04	
Catherine Booth	64	20	x				05	
Institut universitaire de gériatrie	45	0		x			05	
Institut de réadaptation de Montréal	80	0	x					05
Lindsay	133	0	x					05
CUSM (Royal Victoria)	0	0		x				05
CSSS 06 - Notre-Dame de la Merci	22	0		x		06		
Marie-Clarac	113	75	x				07	
Villa Médica	120	30	x				09	
CSSS 09 - Jacques Viger	35	0		x		09		
CSSS 11 - J.-Henri Charbonneau	33	0		x		11		
TOTAL	714	150						
Centre de réadaptation Constance Lethbridge	0	0			x			05
Centre de réadaptation Lucie Bruneau	44	0			x			09

Tel que le démontre ce tableau, deux CHR, soit l'IRM et l'Hôpital de réadaptation Lindsay, ne sont ni regroupés, ni associés à un CSSS. Il en va de même d'un des hôpitaux de jour, soit celui de l'Hôpital Royal Victoria du CUSM ainsi que des deux CRDP. Par ailleurs, tous les CSSS ne disposent pas de ressources internes et externes de réadaptation ni de convalescence, tel que le présente le tableau suivant.

Tableau 8 : Portrait des ressources en services posthospitaliers par territoire de CSSS

CSSS	Nombre de lits dressés			Type de lits			Lits d'hébergement temporaire de convalescence en CHSLD	Programmes de services externes		
	Dans le CSSS	Associés	Total	Réadaptation	Convalescence active à court terme	Convalescence active à long terme		Hôpital de jour	Services externes de RFI	Réadaptation axée sur l'intégration sociale
01	0	0	0	0	0	0	3			
02	0	0	0	0	0	0	23	x		
03	27	0	27	27			0	x		
04	67	0	67	42	22	3	20	x	x	
05	0	129	129	109	18	2	0	x	x	
06	22	0	22	22	0	0	21	x		
07	0	188	188	113	45	30	0		x	
08	0	0	0	0	0	0	6			
09	35	150	185	155	20	10	54	x	x	
10	0	0	0	0	0	0	3			
11	33	0	33	33	0	0	0	x		
12	0	0	0	0	0	0	16			
Total	184	467	651	501	105	45	133			
Non regroupés	214			214	0	0		x	x	x
Total	865			715	150					

La carte suivante localise géographiquement chaque installation de réadaptation ou de convalescence.



2.6 Les ressources financières

Le tableau suivant présente les informations disponibles au plan financier. Il est à noter que pour les URFI, les données qui suivent ne concernent que les dépenses en services cliniques et excluent les dépenses en soutien et administration.

Tableau 9 : Revenus totaux des CHR en 2003-2004 et dépenses cliniques des URFI[6] en 2002-2003

Établissements	Revenus totaux 2003-2004 (M$)	Financement non-récurrent versé en 2003-2004 (M$)*	Coûts cliniques en 2002-2003 (M$)**
Richardson	7,0***	2,2	
Catherine Booth	9,1	2,7	
Lindsay	14,0	0,1	
Marie-Clarac	21,3	6,4	
Villa Médica	19,7	2,7	
Jacques Viger			1,8
Notre-Dame-de-la-Merci			1,5
J.-Henri-Charbonneau			2,0
IUGM			3,1
Champlain			1,8
IRM	17,4	0,3	
Total	**88,5**	**14,4**	**10,2**

* Inclus dans les revenus totaux.
** Exclut les dépenses en administration, soutien aux services et gestion des bâtiments.
*** Exclut les revenus pour la mission CHSLD.

Il importe de souligner que le type de clientèles reçues par les établissements aura un impact sur les coûts puisque certains programmes, la neurologie notamment, sont plus onéreux que d'autres.

La majorité des budgets non-récurrents ont été versés pour le financement des lits de convalescence active. Ces lits sont financés à raison de 212 $ par jour, en moyenne, en 2004-2005, pour un coût par lit d'environ 77 000 $ par année. En comparaison, le coût annuel d'un lit d'hébergement temporaire en CHSLD, dont certains sont utilisés pour de la convalescence, est estimé à 55 000 $ excluant la contribution de l'adulte hébergé.

Par ailleurs, chaque CHR utilise une partie de ses ressources pour dispenser des services externes. C'est ce que présente le prochain tableau.

[6] Ces données sont issues du *Portrait de la capacité financière d'un CHSLD en fonction des besoins de sa clientèle 2002-2003*, travaux conjoints réalisés par l'Agence de Montréal et le Regroupement des CHSLD de la région de Montréal, juin 2004.

Tableau 10 : Dépenses en services externes des CHR en 2003-2004

Établissements	Revenus totaux (M$)	Coût des services externe	% du budget total
Richardson	7,0	410 000 $	5,9 %
Catherine Booth	9,1	203 000 $*	2,5 %
Lindsay	14,0	359 000 $	2,6 %
Marie-Clarac	21,3	369 000 $	1,7 %
Villa Médica	19,7	656 000 $	3,3 %
IRM	17,4	1 003 000 $	5,8 %
Total	83,3 M$	3,0 M$	3,6 %

* Ces services sont financés avec un budget non-récurrent, auquel s'ajoute l'utilisation de 67 000 $ provenant de fonds privés pour un programme de services externe à la clientèle de cardiologie et de 12 000 $ pour un programme à la clientèle avec ostéoporose.

Pour estimer le niveau de développement des services externes dans chaque établissement, il est plus pertinent d'utiliser le pourcentage que représentent ces dépenses sur le budget récurrent. Le financement non-récurrent est en effet majoritairement destiné aux lits de convalescence, une clientèle qui n'est à peu près pas desservie à l'externe.

Les URFI n'offrent pas, comme tel, de services externes, mais les établissements qui opèrent des URFI ont également un hôpital de jour qui offre, entre autres, des services de réadaptation sur une base externe. On retrouve aussi des hôpitaux de jour dans trois autres établissements de la région. Le tableau qui suit présente les dépenses cliniques effectuées par les hôpitaux de jour de la région en 2002-2003. Ces dépenses ne peuvent toutefois pas être entièrement attribuées à des services de réadaptation puisque le mandat des hôpitaux de jour est plus large que la réadaptation.

Tableau 11 : Dépenses en hôpitaux de jour en 2002-2003[7]

Hôpitaux de jour	Dépenses cliniques 2002-2003*
CH de Lachine	277 513 $
Champlain	652 731 $
Maimonides	399 841 $
IUGM	927 694 $
Notre-Dame-de-la-Merci	873 450 $
Jacques-Viger	530 247 $
J.-Henri-Charbonneau	638 553 $
CUSM (Royal Victoria)	Non-disponible
Total	4 300 029 $

* Ce qui exclut les dépenses en administration, soutien aux services et gestion des bâtiments.

[7] Ces données sont issues du *Portrait de la capacité financière d'un CHSLD en fonction des besoins de sa clientèle 2002-2003*, travaux conjoints réalisés par l'Agence de Montréal et le Regroupement des CHSLD de la région de Montréal, juin 2004.

2.7 Les ressources humaines

Dans le cadre de cet exercice il importe de souligner que le réseau de la santé et des services sociaux connaît depuis quelques années une pénurie de ressources professionnelles affectées à la réadaptation. À titre d'exemple, le délai pour combler un poste peut dépasser trois mois pour les ergothérapeutes et les physiothérapeutes et peut atteindre six mois pour les orthophonistes et audiologistes. À très grande majorité féminine et relativement jeune, les congés de nature parentale constituent un autre facteur important dans l'évaluation des besoins pour cette main d'œuvre. La concurrence du secteur privé contribue aussi à créer une pression supplémentaire à ce niveau. Cette situation s'ajoute à celle qui prévaut pour le personnel en soins infirmiers.

3. Les services posthospitaliers dispensés dans des lits de santé physique en CHR et URFI

La présente section traite spécifiquement des services posthospitaliers dispensés par le biais de lits de santé physique (ou de courte durée), c'est-à-dire des lits de réadaptation et de convalescence.

3.1 Les lits de réadaptation

On retrouve actuellement, dans la région, 715 lits de réadaptation dressés, dont 159 en CSSS, 553 en CHR et 45 à l'IUGM, ainsi que 120 lits de réadaptation dans la région de Laval. Les CHR et le centre hospitalier Richardson (antérieurement un CHR) disposent d'une structure par programme, ce qui n'est pas le cas pour les autres établissements qui n'ont pas de lits dédiés à chaque type de clientèle, tel que le présente le tableau qui suit.

Tableau 12 : Nombre de lits de réadaptation dressés par programme

Établissements	Amputés	Orthopédie	Neurologie	Autres	Grands Brûlés	Total
Richardson	0	20	22	0	0	42
Catherine Booth	0	52*	12	0	0	64
Lindsay	10	108	15	0	0	133
Marie-Clarac	0	96**	17	0	0	113
Villa Médica	10	75	30	0	5	120
IRM	22		58	0	0	80
Jacques Viger	0	35			0	35
J.-Henri-Charbonneau	0	33			0	33
Champlain	0	27			0	27
Notre-Dame de la Merci	0	22			0	22
IUGM	0	45			0	45
Total						714
Hôpital Juif de réadaptation de Laval	3	46***	55****	16*****	0	120

* Dont 9 lits financés avec un budget non-récurrent.
** Dont 16 lits financés avec un budget non-récurrent.
*** Dont 10 lits pour des personnes ayant subi des blessures orthopédiques graves.
**** Dont 10 lits pour les TCC, 36 pour les AVC et 9 pour d'autres atteintes neurologiques.
***** Dont 12 lits de réadaptation gériatrique, 2 de réadaptation pulmonaire et 2 pour une clientèle de rhumatologie.

Le tableau qui suit présente plus particulièrement la structure des lits de l'IRM qui diffère de celle des autres CHR en raison des mandats particuliers de cet établissement.

Tableau 13 : Nombre de lits par programme à l'IRM

Programmes		Nombre de lits dressés
Neurologie	Blessure médullaire	25
	Accident vasculaire-cérébral / DMC	15
	Traumatisme cranio-cérébral	18
Locomoteur – Amputations		22
Total		80

La répartition des clientèles entre les établissements se fait donc de la façon suivante :

❖ **Orthopédie**

Tous les établissements, desservent cette clientèle. Toutefois, l'IRM ne reçoit que les personnes polytraumatisées présentant des blessures orthopédiques graves[8]. Ajoutons que les CHR reçoivent la majorité de la clientèle ayant besoin de réadaptation suite à une chirurgie élective. La plupart des URFI desservent peu cette dernière clientèle tel qu'il le sera présenté ultérieurement.

La majorité de la clientèle présentant une problématique en orthopédie est généralement associée au programme « santé physique » puisqu'il s'agit de personnes aux prises avec des incapacités temporaires.

❖ **Neurologie**

Tous les établissements reçoivent cette clientèle sauf celle présentant un traumatisme cranio-cérébral (TCC) ou une blessure médullaire, d'origine traumatique ou non. L'IRM est en effet, parmi les CHR et les URFI, le seul établissement de Montréal désigné par le MSSS pour desservir les personnes ayant subi un TCC. Il fait d'ailleurs partie du consortium interrégional de l'Ouest du Québec offrant des services aux adultes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral modéré ou grave. Notons que l'hôpital Juif de réadaptation de Laval fait aussi partie de ce consortium d'établissements. De plus, l'IRM constitue, avec l'hôpital du Sacré-Cœur et le centre de réadaptation Lucie-Bruneau, le centre d'expertise pour blessés médullaires de l'Ouest de la province et a, de surcroît, le mandat de desservir tous les tétraplégiques ventilo-assistés de la province.

La clientèle de neurologie est généralement associée au programme « déficience physique » puisqu'elle présente, ou est susceptible de présenter, des incapacités significatives et persistantes.

❖ **Amputations**[9]

Le Lindsay, Villa Médica et l'IRM sont mandatés pour desservir la clientèle amputée dans le cadre d'un programme tripartite entre ces établissements. La clientèle présentant une amputation au membre supérieur ou coxo-fémorale n'est desservie que par l'IRM.

Cette clientèle relève du programme « déficience physique ».

---

[8] Une blessure orthopédique grave est définie par la S.A.A.Q. comme une « lésion traumatique affectant le système musculaire, squelettique ou autre que le système nerveux central et ayant un impact sur le potentiel d'intégration sociale, scolaire ou professionnel à long terme. »

[9] On exclut ici les amputations des orteils.

❖ **Brûlures graves**

Cette clientèle n'est desservie que par Villa Médica qui a été désigné par le Ministre pour desservir la clientèle de l'Ouest du Québec.

❖ **Autres diagnostics**

Les URFI accueillent dans leurs lits de réadaptation des clientèles présentant d'autres types de problématiques ou diagnostics en besoin de réadaptation (ex : cardiologie), alors que les CHR desservent ces autres clientèles dans leurs lits de convalescence.

3.2 Les lits de convalescence

La région compte 150 lits dits « de convalescence active » à court ou à moyen terme qui se retrouvent dans trois des cinq CHR et au centre hospitalier Richardson donc au sein du CSSS René-Cassin, Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest. Contrairement aux lits de réadaptation, pour les lits de convalescence, des corridors de services entre 12 des CH de courte durée et les quatre CHR ont été pré-établis et un nombre de lits de convalescence a été attribué à chaque CHSGS. Le tableau qui suit présente cette attribution de lits.

Tableau 14 : Nombre de lits de convalescence active en CHR

	Villa Médica		Marie Clarac		Catherine Booth		Richardson		Total	
	court terme	moyen terme	court terme	moyen terme	court terme	moyen terme	court terme	moyen terme	court terme	moyen terme
CHUM	10	10		10					10	20
Sacré-Cœur			11	11					11	11
HMR	10		5	9					15	9
CSUM					14	1			14	1
St. Mary							8	1	8	1
Lakeshore							2	1	2	1
Verdun					4	1			4	1
Santa Cabrini			9	1					9	1
Jean-Talon			5	1					5	1
Fleury			8	1					8	1
ICM			3	1					3	1
Général Juif							12	1	12	1
Lachine									0	
Lasalle									0	
Total	**20**	**10***	**41**	**34**	**18**	**2**	**22**	**3**	**101**	**49**
Grand total	30		75		20		25		150	

Ces lits accueillent une clientèle de médecine qui :

- A présenté une condition médicale maintenant stabilisée;
- A reçu un diagnostic médical et dont la condition ne requiert pas un plateau technique pour fin d'investigation;
- Présente une perte d'autonomie fonctionnelle temporaire suite à cette condition;
- Nécessite des soins infirmiers ou des services de réadaptation sur une base régulière et peut en bénéficier;
- Ne nécessite pas la présence d'un médecin sur place 24 heures sur 24;
- Ne peut, dans l'immédiat, retourner à domicile ou dans son milieu de vie habituel;
- Qui n'est pas admissible dans un programme de réadaptation en CHR ou en URFI (orthopédie, neurologie ou amputé);
- Dont le niveau de soins et services requis est trop élevé pour un lit d'hébergement temporaire de convalescence.

Dans les lits de convalescence active à ***court terme***; la durée moyenne de séjour ne devrait pas dépasser ***14 jours.***

Dans lits de convalescence active à ***moyen terme***; la clientèle devrait séjourner ***entre deux et douze semaines***. De plus, tous des lits sauf neuf sont réservés pour une clientèle âgée de ***65 ans et plus.***

Soulignons que la clientèle post-opérée n'est pas admissible à ce programme, à moins qu'elle n'ait transité par l'urgence. De plus, tel qu'expliqué précédemment, ces lits font l'objet d'un financement non-récurrent dont la reconduction est confirmée par l'agence aux trois mois.

3.3 Les admissions

En 2002-2003, 8 523 admissions ont été effectuées par les CHR et URFI de Montréal, tel que le présente le tableau qui suit :

Tableau 15 : Nombre d'admissions[10] par programme (service hospitalier) en CHR et en URFI en 2002-2003

Établissements	Neurologie	Orthopédie	Amputations	Convalescence[11]		Brûlures graves	Total
				Post-op	Médecine		
Richardson	174	296	0	186	183	0	839
Catherine Booth	109	610	1	222	62	0	1 004*
Lindsay	127	1 108	45	0	5	0	1 285
Marie-Clarac	133	901	0	719	525	0	2 278**
Villa Médica	206	939	73	228	127	16	1 589
Jacques-Viger	38	98	0	85	29	0	250
Notre-Dame-de-la-Merci	54	75	0	6	27	0	162
J.-Henri-Charbonneau	81	135	0	11	33	0	260
IUGM	62	118	0	4	17	0	201
Champlain	28	192	0	40	8	0	268
IRM	283***	13	81	3	7	0	387
Total Montréal	**1 295**	**4 485**	**200**	**1 504**	**1 023**	**16**	**8 523**
Juif de réadaptation Laval****	357	544	20	42	61	–	1 024
Total	1 652	5 029	220	1 546	1 084	16	9 547

* Une admission pour du répit a été exclue.
** Ces données incluent 80 admissions dans des lits de convalescence achetés par la région de Laval.
*** Dont 104 usagers avec un TCC et 94 avec une blessure médullaire.
**** Les données inscrites sous la rubrique «convalescence» concernent la clientèle de réadaptation gériatrique.

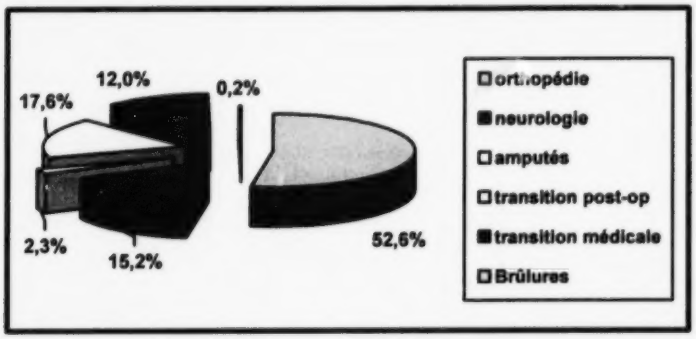
Le nombre d'admission dans chaque établissement est influencé par le nombre de lits dont dispose chaque établissement. Il est à noter que les orientations concernant les lits de convalescence présentées précédemment ont été déterminées en 2003-2004 alors que les données présentées ci-haut concernent l'exercice financier 2002-2003. Le profil de la clientèle a donc pu changer depuis.

Comme l'indique le graphique qui suit, la clientèle présentant une problématique orthopédique représente plus de 50 % des personnes admises en CHR et URFI au cours de 2002-2003.

[10] Le nombre d'admissions n'équivaut pas nécessairement au nombre de personnes desservies, notamment pour les amputés, puisque certaines personnes sont admises à deux reprises pour un même épisode de soin. Certaines personnes peuvent également avoir transité par deux programmes lors d'un même séjour hospitalier.

[11] Les URFI ne dispose d'un programme de convalescence. Pour ces derniers, la clientèle qui apparaît sous cette rubrique est celle qui présentait un diagnostic autre qu'orthopédique, neurologique ou qu'une amputation.

Tableau 16 : Répartitions des admissions par programme en 2002-2003



3.4 Les durées moyennes de séjour

Le tableau suivant présente les durées moyennes de séjour par programme en 2002-2003.

Tableau 17 : Durées moyennes de séjour par programme (service hospitalier) en 2002-3003

Établissements	Neurologie	Orthopédie	Amputations	Transition post-op	Transition médicale	Brûlures graves	Total
Richardson	36,9	29,0	-	16,3	17,7	-	25,3
Catherine Booth	30,6	27,9	-	17,5	21,9	-	25,5
Lindsay	38,7	34,1	48,5	-	44,6	-	35,1
Marie-Clarac	44,2	32,7	-	21,6	24,2	-	27,9
Villa Médica	47,4	27,2	49,3	18,3	18,2	66,1	29,2
Jacques Viger	48,6	43,7	-	27,5	35,1	-	37,9
Notre-Dame-de-la-Merci	51,5	50,7	-	46,5	40,3	-	49,1
J.-Henri-Charbonneau	48,4	42,1	-	36,8	40,0	-	43,2
IUGM	69,5	55,2	-	83,8	58,5	-	60,4
Champlain	39,8	24,5	-	37,2	23,9		28,0
IRM	61,2	63,5	55,2	65,7	40,7	-	59,7
Total Montréal	**47,6**	**32,1**	**51,4**	**21,1**	**24,1**	**66,1**	**32,1**
Juif de réadaptation Laval	52,8	33,4	51,3	29,9	28,4	-	40,1
Total	48,7	32,3	51,4	21,3	24,3	66,1	28,7

La disparité observée au niveau des durées moyennes de séjour entre les établissements peut s'expliquer par plusieurs facteurs : le diagnostic présenté par la clientèle, les critères d'admission de l'établissement, le profil de la clientèle rejointe en termes de conditions associées, de niveau

fonctionnel à l'admission, d'âge, les pratiques des établissements, etc. Cependant, mis à part l'âge, les limites au niveau des systèmes d'information ne permettent pas de documenter ces différents aspects[12].

Encore ici, il est peu utile d'analyser les données concernant la transition puisque les critères d'admission pour ce programme, c'est-à-dire pour la convalescence, ont fait l'objet de modifications de façon importante.

3.5 L'utilisation des lits

Le tableau qui suit présente les équivalents-lits utilisés pour chaque clientèle en 2002-2003.

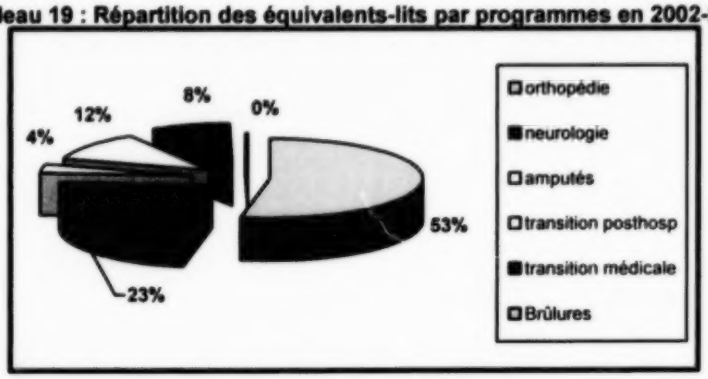
Tableau 18 : Équivalents-lits par programme en 2002-2003

Programme	Nombre d'admissions	Durée moyenne de séjour	Équivalents-lits	Équivalents-lits Julf de réadaptation de Laval
Neurologie	1 295	47,6	168,9	51,6
Orthopédie	4 485	32,1	394,4	49,8
Amputations	200	51,4	28,2	2,8
Transition post-opératoire	1 504	21,1	86,9*	3,4
Transition médicale	1 023	24,1	60,0*	4,7
Brûlures graves	16	66,1	2,9	-
Total Montréal	8 523	32,1	741,3	112,4

* Dont 4,0 équivalents-lits de convalescence (transition) achetés à Marie Clarac par la région de Laval.

La région de Laval dispose donc majoritairement de lits de neurologie et d'orthopédie et n'a pas de lits de « convalescence » ou « transition ». Les données présentées ci-haut sous cette rubrique concernent plutôt la réadaptation gériatrique. Dans la région de Montréal, les lits de réadaptation et de convalescence disponibles ont donc été utilisés de la façon suivante en 2002-2003 :

Tableau 19 : Répartition des équivalents-lits par programmes en 2002-2003



[12] Seules les données issues de l'application de la MIF (mesure d'indépendance fonctionnelle) pourraient fournir des indicateurs à ce niveau. Cependant, ce ne sont pas tous les établissements qui utilisent cet outil d'évaluation d'une part. D'autre part, les objectifs poursuivis ici ne justifient pas une telle démarche.

En se référant aux données présentées ci-haut, le taux d'occupation des lits se situerait à 85,7 %. Il est par ailleurs difficile d'établir le taux d'occupation des lits qui représente correctement la réalité puisque le nombre de lits disponibles a varié au cours de l'exercice 2002-2003.

3.6 L'âge de la clientèle

Le tableau qui suit démontre qu'en 2002-2003, le trois-quarts de la clientèle desservie était âgée de 65 ans et plus et près de la moitié, de plus de 75 ans.

Tableau 20 : Âge de la clientèle en 2002-2003

Établissements	Âge moyen	18-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans +
Institut universitaire de gériatrie	80,4	0,5 %	23,9 %	45,8 %	29,9 %
Notre-Dame de la Merci	75,3	5,6 %	27,2 %	44,4 %	22,8 %
Richardson	78,1	9,4 %	20,3 %	45,3 %	25,0 %
J.-Henri Charbonneau	73,2	19,2 %	26,9 %	38,5 %	15,4 %
Champlain	72,9	20,2 %	28,4 %	37,7 %	13,8 %
Jacques Viger	72,7	21,6 %	33,2 %	30,8 %	14,4 %
Catherine Booth	72,6	21,0 %	29,2 %	37,0 %	12,9 %
Marie-Clarac	71,9	21,6 %	30,8 %	36,6 %	11,1 %
Lindsay	69,7	27,2 %	31,2 %	31,9 %	9,8 %
Villa Médica	69,7	30,0 %	28,3 %	31,9 %	9,8 %
IRM	47,6	81,5 %	11,5 %	7,1 %	0,0 %
Montréal	**71,2**	**24,5 %**	**27,9 %**	**34,9 %**	**12,7 %**
Juif de réadaptation de Laval	70,5	26,7 %	25,6 %	33,8 %	14,0 %
Total	70,9	25,6 %	26,8 %	34,4 %	13,4 %

Il est à noter que le jeune âge de la clientèle de l'IRM s'explique par le fait que les programmes de cet établissement, et donc la clientèle qu'il rejoint dont celle de traumatologie, diffèrent de ceux des autres

3.7 Le lieu de résidence de la clientèle

Le tableau qui suit présente la région de résidence de la clientèle admise en CHR et URFI. Ces données démontrent que plus de 20 % de la clientèle admise dans un établissement de Montréal était, en 2002-2003, originaire d'une autre région administrative. Encore une fois, on constate que la clientèle de l'IRM se distingue.

Tableau 21 : Région de provenance de la clientèle en 2002-2003

Établissements	Montréal	Montérégie	Laval	Laurentides	Lanaudière	autres
Richardson	93,2 %	4,5 %	0,8 %	0,5 %	0,5 %	0,5 %
Catherine Booth	83,0 %	11,5 %	2,4 %	1,3 %	0,7 %	1,2 %
Lindsay	79,9 %	12,2 %	3,3 %	2,6 %	0,9 %	1,0 %
Marie-Clarac	71,9 %*	2,9 %	12,6 %	5,8 %	5,8 %	1,0 %
Villa Médica	75,5 %	12,8 %	4,8 %	1,8 %	3,3 %	1,8 %
IRM	52,2 %	21,4 %	2,6 %	7,8 %	7,8 %	8,3 %
Jacques Viger	83,2 %	7,6 %	1,2 %	1,6 %	5,2 %	1,2 %
J.-Henri-Charbonneau	83,8 %	4,6 %	1,9 %	0,4 %	8,8 %	0,4 %
Champlain	88,4 %	10,4 %	0,7 %	0,0 %	1,4 %	0,0 %
N.-D. de la Merci	82,1 %	1,9 %	11,7 %	1,9 %	1,9 %	0,6 %
Inst. univ. Gériatrie	86,6 %	7,5 %	2,0 %	1,0 %	1,5 %	1,5 %
Montréal	**78,0 %**	**8,7 %**	**5,6 %**	**2,9 %**	**3,3 %**	**1,4 %**
Juif de réadaptation	**32,3 %**	**2,1 %**	**57,2 %**	**5,3 %**	**2,4 %**	**0,2 %****
Total	73,1 %	8,0 %	11,2 %	3,2 %	3,2 %	1,3 %

* En excluant les services achetés par la région de Laval, la proportion d'usagers montréalais desservis par Marie-Clarac passe à 74,5 %.

* Dont 0,3 % dont la région d'origine est inconnue.

L'Hôpital Juif de réadaptation de Laval a donc desservi, en 2002-2003, 331 personnes de la région de Montréal, alors que 479 résidents de Laval ont été desservis par un établissement de Montréal la même année. En excluant les 80 admissions effectuées dans des lits achetés par la région de Laval à Marie-Clarac, ce sont 399 lavallois qui ont été desservis à Montréal avec des ressources montréalaises. C'est ce dont traite le tableau qui suit.

Tableau 22 : Nombre de résidents des régions de Montréal et Laval ayant été admis dans un CHR à Montréal et à Laval en 2002-2003

Programmes	Clientèle de Laval admise à Montréal	Clientèle de Montréal admise à Laval	Écart
Neurologie	31	109	-78
Orthopédie	211	177	34
Amputations	1	6	-5
Post-opérés	155	39	116
Médecine			
Brûlures	1	0	1
Total	399	331	68

Il est intéressant de souligner que la clientèle de neurologie est à toutes fins pratiques la seule clientèle pour laquelle on observe une migration négative vers Laval. En fait, l'hôpital Juif de réadaptation de Laval a traité en 2002-2003 109 des 1 091 montréalais ayant été traité à l'interne en réadaptation pour une problématique neurologique, soit 10 % de la clientèle montréalaise. Le constat inverse s'applique pour la clientèle post-opérée et de médecine.

Le prochain tableau présente le territoire de CSSS dans lequel résidaient les usagers montréalais admis dans un CHR ou un URFI de Montréal ou Laval en 2002-2003. Les zones ombragées indiquent le territoire de CSSS dans lequel se trouve l'établissement. Le premier pourcentage est horizontal et indique la proportion des usagers admis provenant de chaque territoire de CSSS. Le deuxième pourcentage est vertical et indique la proportion des usagers d'un territoire donné ayant utilisé chacun des établissements de réadaptation.

Tableau 23 : Territoire de CSSS de résidence de la clientèle montréalaise admise en CHR et URFI en 2002-2003

Établissements	CSSS												Total
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	
Richardson	91 11,6 % *17,5 %*	40 5,1 % *9,1 %*	35 4,5 % *7,2 %*	320 40,9 % *49,8 %*	188 24,0 % *25,8 %*	64 8,2 % *12,7 %*	7 0,9 % *0,9 %*	8 1,0 % *2,1 %*	12 1,5 % *2,9 %*	5 0,6 % *1,2 %*	9 1,2 % *1,2 %*	3 0,4 % *0,5 %*	782 100 % *11,8 %*
Catherine Booth	103 12,4 % *19,8 %*	113 13,6 % *25,8 %*	128 15,4 % *26,4 %*	205 24,6 % *31,9 %*	146 17,5 % *20,0 %*	49 5,9 % *9,8 %*	15 1,8 % *2,0 %*	16 1,9 % *4,1 %*	17 2,0 % *4,2 %*	9 1,1 % *2,2 %*	18 2,2 % *2,5 %*	14 1,7 % *2,2 %*	833 100 % *12,5 %*
Lindsay	238 23,2 % *45,8 %*	126 12,3 % *28,8 %*	92 9,0 % *19,0 %*	69 6,7 % *10,7 %*	195 19,0 % *26,7 %*	117 11,4 % *23,3 %*	48 4,7 % *6,3 %*	35 3,4 % *9,0 %*	31 3,0 % *7,6 %*	32 3,1 % *7,7 %*	22 2,1 % *3,0 %*	22 2,1 % *3,4 %*	1027 100 % *15,4 %*
Marie-Clarac	31 1,9 % *6,0 %*	12 0,7 % *2,7 %*	11 0,7 % *2,3 %*	2 0,1 % *0,3 %*	35 2,1 % *4,8 %*	148 9,0 % *29,5 %*	467 28,5 % *61,8 %*	180 11,0 % *46,4 %*	70 4,3 % *17,1 %*	199 12,1 % *48,1 %*	204 12,5 % *28,0 %*	279 17,0 % *43,5 %*	1638 100 % *24,6 %*
Villa Médica	18 1,5 % *3,5 %*	26 2,2 % *5,9 %*	44 3,7 % *9,1 %*	18 1,5 % *2,8 %*	79 6,6 % *10,8 %*	42 3,5 % *8,4 %*	93 7,8 % *12,3 %*	93 7,8 % *24,0 %*	168 14,0 % *41,1 %*	100 8,3 % *24,2 %*	327 27,3 % *44,9 %*	192 16,0 % *30,0 %*	1200 100 % *18,0 %*
IRM	15 7,4 % *2,9 %*	15 7,4 % *3,4 %*	20 9,9 % *4,1 %*	14 6,9 % *2,2 %*	21 10,4 % *2,9 %*	15 7,4 % *3,0 %*	20 9,9 % *2,6 %*	11 5,4 % *2,8 %*	18 8,9 % *4,4 %*	9 4,5 % *2,2 %*	22 10,9 % *3,0 %*	22 10,9 % *3,4 %*	202 100 % *3,0 %*
Jacques Viger	2 1,0 % *0,4 %*	13 6,3 % *3,0 %*	14 6,7 % *2,9 %*	1 0,5 % *0,2 %*	11 5,3 % *1,5 %*	2 1,0 % *0,4 %*	10 4,8 % *1,3 %*	18 8,7 % *4,6 %*	44 21,2 % *10,8 %*	26 12,5 % *6,3 %*	45 21,6 % *6,2 %*	22 10,6 % *3,4 %*	208 100 % *3,1 %*
J.-H.Charbonneau	2 0,9 % *0,4 %*	2 0,9 % *0,5 %*	0 0,0 % *0,0 %*	1 0,5 % *0,2 %*	3 1,4 % *0,4 %*	3 1,4 % *0,6 %*	31 14,2 % *4,1 %*	12 5,5 % *3,1 %*	12 5,5 % *2,9 %*	23 10,6 % *5,6 %*	65 29,8 % *8,9 %*	64 29,4 % *10,0 %*	218 100 % *3,3 %*
Champlain	8 3,4 % *1,5 %*	81 34,2 % *18,5 %*	134 56,5 % *27,6 %*	3 1,3 % *0,5 %*	5 2,1 % *0,7 %*	1 0,4 % *0,2 %*	0 0,0 % *0,0 %*	1 0,4 % *0,3 %*	1 0,4 % *0,2 %*	0 0,0 % *0,0 %*	0 0,0 % *0,0 %*	3 1,3 % *0,5 %*	237 100 % *3,6 %*
N.-D. de la Merci	9 6,8 % *1,7 %*	1 0,8 % *0,2 %*	0 0,0 % *0,0 %*	03 0,0 % *0,0 %*	1 0,8 % *0,1 %*	47 35,3 % *9,4 %*	49 36,8 % *6,5 %*	3 2,3 % *0,8 %*	4 3,0 % *1,0 %*	5 3,8 % *1,2 %*	2 1,5 % *0,3 %*	12 9,0 % *1,9 %*	133 100 % *2,0 %*
IUGM	3 1,7 % *0,6 %*	9 5,2 % *2,1 %*	7 4,0 % *1,4 %*	9 5,2 % *1,4 %*	45 25,9 % *6,2 %*	14 8,0 % *2,8 %*	16 9,2 % *2,1 %*	11 6,3 % *2,8 %*	32 18,4 % *7,85 %*	6 3,4 % *1,4 %*	14 8,0 % *1,9 %*	8 4,6 % *1,2 %*	174 100 % *2,6 %*
Total	*520* *7,8 %* *100%*	*438* *6,6 %* *100%*	*485* *7,3 %* *100%*	*642* *9,7 %* *100%*	*729* *11,0 %* *100%*	*502* *7,5 %* *100%*	*756* *11,4 %* *100%*	*388* *5,8 %* *100%*	*409* *6,1 %* *100%*	*414* *6,2 %* *100%*	*728* *10,9 %* *100%*	*641* *9,6 %* *100%*	6652 100 %
Hôpital Juif de réadaptation	*37*	*10*	*3*	*87*	*68*	*76*	*19*	*8*	*3*	*9*	*3*	*8*	331

Dans certains cas, une proportion importante de la clientèle réside sur le même territoire que celui où se situe l'établissement. Toutefois, pour plusieurs établissements la clientèle desservie provient de plusieurs territoires de CSSS. La clientèle montréalaise admise à l'Hôpital Juif de réadaptation de Laval est principalement résidente du CSSS René-Cassin, Notre-Dame-de-Grâce/Montréal-Ouest, du CSSS Côte-des-Neiges, Métro, Parc Extension ainsi que du CSSS Nord de l'Île, Saint-Laurent.

3.8 La provenance de la clientèle

Le tableau qui suit identifie les centres hospitaliers d'où a été transférée la clientèle des CHR et URFI de Montréal en 2002-2003.

Tableau 24 : Provenance de la clientèle des CHR et URFI en 2002-2003

Provenance	IRM	Catherine Booth	Lindsay	Maria-Clarac	Richardson	Villa Médica	Champlain	Institut Univ. gériatrie	Jacques-Viger	J.-Henri Charbonneau	Notre-Dame de la Merci	Références totales
Domicile	***74***	***3***	***16***	***30***	***15***	***35***	***3***	***18***	***1***	***15***	***12***	***222***
Royal Victoria	5	200	23	15	11	3	1	2	-	1	-	261
Montréal Général	79	213	302	10	61	2	3	4	-	-	1	675
Institut de neurologie	21	48	25	4	19	2	2	5	-	-	2	128
Thoracique	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	2
Total CSUM	***106***	***461***	***350***	***29***	***91***	***7***	***6***	***12***	***-***	***1***	***3***	***1 066***
Notre-Dame	25	2	5	169	1	246	5	39	51	47	2	592
St-Luc	4	1	2	61	1	263	7	24	65	12	3	443
Hôtel-Dieu	7	5	11	74	2	374	8	59	9	8	6	563
Total CHUM	***36***	***8***	***18***	***304***	***4***	***883***	***20***	***122***	***125***	***67***	***11***	***1 598***
Sacré-Cœur	88	35	195	473	1	98	1	10	-	-	81	982
Général Juif	3	71	179	7	463	1	3	6	1	-	-	734
St-Mary's	1	276	104	8	161	1	2	4	1	-	1	559
Mais.-Rosemont	15	3	-	244	-	365	3	1	-	69	3	703
Institut de cardiologie	1	1	-	108	-	5	-	4	9	7	2	137
Jean-Talon	4	-	4	328	2	13	-	7	10	10	4	382
Santa-Cabrini	4	-	-	216	-	105	-	-	63	39	15	442
Fleury	1	1	8	226	1	5	-	1	-	26	21	290
Lachine	3	-	34	1	-	1	8	3	5	-	3	58
Verdun	-	109	72	-	7	5	214	3	9	1	-	420
Lasalle	-	2	21	1	4	2	3	-	1	-	-	34
Lakeshore	1	28	255	1	76	-	-	-	-	-	-	361
Centre Métropolitain de chirurgie plastique	-	-	9	-	-	30	-	-	-	-	-	39
Autres*	6	1	-	6	5	5	1	2	6	6	2	40
Total	***128***	***527***	***881***	***1 619***	***720***	***636***	***235***	***41***	***105***	***158***	***132***	***5 181***
CH hors région	***43***	***5***	***20***	***296****	***9***	***28***	***4***	***8***	***19***	***19***	***4***	***456***
GRAND TOTAL	387	1 004	1 285	2 278	839	1 589	268	201	250	260	162	8 523

* Il s'agit de CHR, URFI ou CH psychiatrique.

** Dont 224 de Cité de la Santé, 49 du CH Le Gardeur et 39 du CH St-Eustache.

Ces données démontrent d'abord que 2,9 % de la clientèle des URFI et CHR n'a pas été transférée d'un centre hospitalier, mais était à domicile avant son admission. Elles indiquent également que 5 % de la clientèle des CHR et URFI est transférée d'un centre hospitalier de l'extérieur de la région de Montréal. Cette situation se présente particulièrement pour l'Hôpital Marie-Clarac.

Ces données traduisent par ailleurs l'existence de corridors de services formels ou informels instaurés entre les établissements de courte durée et de réadaptation. En effet, la plupart des centres hospitaliers réfèrent la majorité de leur clientèle dans un nombre limité d'établissements de réadaptation, bien qu'ils utilisent à l'occasion presque tous les établissements de réadaptation.

Le tableau qui suit présente les CH référents pour la clientèle de l'hôpital Juif de réadaptation de Laval.

Tableau 25 : Provenance de la clientèle de l'hôpital Juif de réadaptation de Laval

(10 admissions et plus) Provenance	Pourcentage
Cité de la santé de Laval	33,5 %
Général Juif	29,9 %
Sacré-Cœur	15,2 %
St. Mary	4,8 %
Général de Montréal	2,5 %
Neurologique de Montréal	1,4 %
St-Eustache	1,3 %

Près de 30 % de la clientèle référée à L'hôpital Juif de réadaptation vient donc de l'hôpital Général Juif.

3.9 L'orientation de la clientèle au congé

Le tableau suivant démontre que la plupart de la clientèle retourne vivre à domicile après son séjour en CHR ou URFI.

Tableau 26: Destination de la clientèle au congé en 2002-2003

Établissements	Domicile sans service	Domicile avec services	CHSGS	CHSLD	Autres
Richardson	336	373	99	22	9
Catherine Booth	581	274	119	11	19
Lindsay	739	275	136	19	116
Marie-Clarac	1056	828	349	1	44
Villa Médica	876	469	191	37	16
Institut de réadaptation de Mtl	304	1	54	7	21
Jacques Viger	208	0	30	2	10
J.-Henri-Charbonneau	104	82	61	13	0
Champlain	173	50	34	10	1
Institut universitaire de gériatrie	143	0	48	8	2
Notre-Dame de la Merci	67	60	33	2	0
Total Montréal	4 587	2 412	1 153	132	238
	6 999 – 82,1 %		13,5 %	1,6 %	2,8 %
Juif de réadaptation Laval	655-64,0 %	191-18,7 %	112-10,9 %	59-5,8 %	7-0,7 %

On constate donc que près de 20 % de la clientèle des URFI et CHR ne retourne pas à domicile, du moins directement, après son séjour en réadaptation ou en convalescence. Il est important ici de souligner qu'une partie de la clientèle qui est orientée dans un centre hospitalier après son séjour en réadaptation ou en convalescence l'est en attente de son hébergement en CHSLD ou en attente des services requis pour qu'elle puisse retourner à domicile. Selon les données Med-Écho, la clientèle orientée en CHSGS après son séjour en CHR ou URFI à Montréal est ensuite orientée de la façon suivante :

Tableau 27 : Destination de la clientèle orientée en CHSGS après son séjour en CHR et URFI en 2002-2003

Destination	Sur les usagers orientés en CHSGS	Sur le total des usagers
Domicile	25,3 %	3,4 %
CHSLD ou CH hors Québec	20,0 %	2,7 %
CHR ou URFI	32,5 %	4,4 %
DCD	15,0 %	2,0 %
Autres	7,2 %	1,0 %
Total	**100 %**	**13,5 %**

C'est donc dire qu'au moins 85,5 % de la clientèle admise en CHR ou en URFI retourne vivre à domicile.

4. Les services posthospitaliers offerts dans des lits d'hébergement temporaire en CHSLD

Le tableau 4 de la page 17 présentait le nombre de lits d'hébergement temporaire disponibles dans la région. Le tableau suivant fait état des demandes d'hébergement temporaire pour motifs de convalescence effectuées en 2003-2004.

Tableau 28 : Admissions en hébergement temporaire pour motif de convalescence en 2003-2004

Établissements référant	Nombre d'admissions
Programmes de services à domicile	59
Hôpital général de Montréal (CUSM)	7
Institut Neurologique de Montréal (CUSM)	4
Royal Victoria (CUSM)	3
Notre-Dame (CHUM)	41
St-Luc (CHUM)	17
Hôtel-Dieu (CHUM)	10
Sacré-Cœur	16
CH de Verdun	5
Santa Cabrini	31
Fleury	12
Institut de cardiologie	2
Jean-Talon	29
Hôpital Général Juif	19
Centre hospitalier de Lachine	3
CH de Lasalle	9
Maisonneuve-Rosemont	83
Sous-total CH	291
Autres	11
Total	**361**

Le profil de la clientèle qui utilise les lits de convalescence est variable, mais la majorité des lits seraient utilisés principalement par des clientèles ayant les profils suivants :

- Clientèle ayant une problématique en orthopédie qui ne nécessite pas, dans l'immédiat, une intervention en réadaptation, mais qui ne peut retourner à domicile compte tenu de ses incapacités. Il s'agit d'usagers ayant subi une fracture au membre inférieur ou supérieur dont certains seront par la suite transférés en réadaptation[13].
- Clientèle ayant subi une chirurgie pour une cataracte et qui, en raison de ses incapacités et de l'absence d'un réseau de support, ne pourra retourner à domicile après la chirurgie. L'admission de ces usagers en hébergement temporaire est planifiée.
- Clientèle en période de post-chimiothérapie ou radiothérapie, occasionnellement, le programme dessert également des personnes en traitement qui seront véhiculées vers le CH traitant.

[13] Dans ce dernier cas, le service régional des admissions demande une attestation à l'effet que la demande de transfert en réadaptation a été effectuée.

5. Les services posthospitaliers dispensés sur une base externe

Les services externes posthospitaliers, dont il est question ici, consistent essentiellement en des services de réadaptation qui sont offerts, en continuité avec les services dispensés à l'interne, lorsque l'usager est en mesure de retourner à domicile. Ces services permettent également d'éviter des séjours à l'interne en réadaptation pour les usagers pour lesquels ces séjours ne sont pas nécessaires.

5.1 Les services externes des CHR

Le tableau qui suit fait état des volumes d'usagers desservis sur une base externe par chaque CHR, et ce, par programme, en 2003-2004.

Tableau 29 : Nombre d'usagers desservis par les CHR sur une base externe par programme en 2003-2004[14]

Établissements	Neurologie	Orthopédie	Amputations	Subaigu (convalescence)	Cardiologie	Brûlures graves	Total
Richardson	171	240	-	0	0	-	411
Catherine Booth	32	233	-	10	126*	-	401
Lindsay	46	347	65	-	-	-	458
Marie-Clarac	70	364**	-	0	0	-	434**
Villa Médica	142	329	8	13	0	53	545
IRM	481***	223		-	-	-	704
Total	942	1513****	73****	149		53	2953
Hôp. Juif de réadaptation*****	352	1022	20	124 (pulmonaire)		-	1 518 + 460

* Le programme de services externe en cardiologie du CH Catherine Booth est financé avec des fonds privé.
** Dont 109 usagers provenant du domicile et référés de cliniques externes pour des services de physiothérapie. Cette clientèle n'est donc pas une clientèle desservie en post-hospitalier.
*** Dont 136 usagers du programme AVC-DMC, 156 du programme lésion médullaire et 159 du programme TCC.
**** Excluant l'IRM.
***** Ces chiffres sont obtenus par projection sur une année des données recueillies sur ½ année, la cueillette n'ayant commencé que fin septembre 2003. Les 460 clients, ajoutés au total, ont reçu des services de soutien à l'intégration.

[14] Pour le CH Catherine Booth, à ces données s'ajoutent celles concernant la clinique « ostéoporose » qui rejoint environ 200 nouveaux patients chaque année. Les usagers sont vus par le médecin en individuelle ainsi que par l'ergothérapeute et la physiothérapeute en groupe.

Les volumes de clientèles desservies en externe par chaque CHR montréalais sont relativement similaires, sauf pour Villa Médica et surtout l'IRM dont les volumes sont supérieurs. Cependant, pour objectiver ces données, il faut les mettre en parallèle avec les volumes de clientèles admis dans ces établissements. C'est ce que fait le tableau suivant en présentant le ratio « nombre d'usagers admis sur nombre d'usagers desservis à l'externe ».

Tableau 30 : Ratio nombre d'usagers admis / nombre d'usagers desservis en externe

Établissements	Neurologie	Orthopédie	Amputations
Richardson	1 - 1	1,2 – 1	-
Catherine Booth	3,4 – 1	2,6 – 1	-
Lindsay	2,8 – 1	3,2 – 1	0,7 – 1
Marie-Clarac	1,9 – 1	2,5 – 1	-
Villa Médica	1,5 -1	2,9 –1	9,1 - 1
IRM	0,6 - 1	0,4 – 1	
Moyenne	1,3 - 1	2,8 – 1*	

* En excluant l'IRM.

Il importe toutefois de souligner que les données utilisées concernant les usagers admis sont relatives à l'exercice 2002-2003, alors que les données sur les services externes sont celles de l'exercice 2003-2004, ce qui pourrait biaiser les données si des changements de pratiques étaient survenus entre les deux années financières. Ces données donnent néanmoins un aperçu de l'importance relative des services externes dans chaque établissement. Selon ce tableau, l'IRM est le seul établissement montréalais où le volume d'usagers desservis sur une base externe est supérieur au volume d'admissions. Ces données ne doivent, par ailleurs, pas être interprétées comme étant la proportion d'usagers admis ayant reçu par la suite des services sur une base externe puisque tous les usagers desservis à l'externe n'ont pas nécessairement, au préalable, été admis dans l'établissement, du moins pour certains CHR. C'est ce que démontre le tableau qui suit qui présente la provenance de la clientèle desservie à l'externe.

Tableau 31 : Provenance des usagers desservis par les CHR sur une base externe en 2003-2004

Établissements	Usagers de l'interne	Autres CHR	CHSGS	Autres	Non-précisés
Richardson	231	54*	126*		
Catherine Booth	275		126		
Lindsay	458				
Marie-Clarac	321		4		109**
Villa Médica***	387***	64***			94***
IRM	243	9	30	422	
Total	1915	127	286	422	203

* Au total, 180 usagers ont été orientés vers les services externes par un autre CHR ou un CHSGS. Il est estimé qu'environ 30 % d'entre eux provenaient d'un autre CHR.

** Il s'agit d'usagers vivant à domicile orientés au CHR pour des services de physiothérapie.

*** Seule la provenance des nouveaux usagers admis en 2003-2004 est disponible.

**** Pour les programmes neurologie, orthopédie, amputés, et blessures orthopédiques graves.

Il est à noter que les usagers de l'IRM dont la provenance est autre qu'un CHR ou un CHSGS sont des usagers du programme locomoteur-amputés. De plus, les usagers du CH Catherine Booth référés par un CHSGS sont ceux du programme de cardiologie. Ces données démontrent que pour tous les CHR de Montréal la majorité des usagers (la totalité pour le Lindsay) desservis sur une base externe ont d'abord été admis à l'interne.

Les tableaux suivants renseignent sur les volumes d'activité des CHR en externe et sur l'intensité des services offerts à la clientèle.

Tableau 32 : Nombre de jours-traitement et d'heures de prestation de services en externe par programme en 2003-2004

Établissements		Neurologie	Orthopédie	Amputations	Convalescence	Brûlures graves	Total
Richardson	jrs-Tx	3 214	3 350	-	-	-	6 564
	HPS	3 920	2 780	-	-	-	6 700
Catherine Booth	jrs-Tx	615	2 971	-	1 345*		4 931
	HPS	765	3 519	-	632*		4 916
Lindsay	jrs-Tx	1 108	4 675	85	-	-	5 868
	HPS	1 319	4 670	136			6 125
Marie-Clarac	jrs-Tx	1 955	5 493	-	-	-	7 448**
	HPS	2 449	4 157				6 606**
Villa Médica	jrs-Tx	3 042	5 443	113	183	1 809	10 590
	HPS	5 081	4 392	144	257	2 033	11 906
IRM	jrs-Tx	9 731***	6 135		-	-	15 866
	HPS	8 558***	5 680				14 288

* Dont 1 156 jours-traitement et 484 HPS pour la clientèle de cardiologie.

** Exclue les 109 usagers provenant du domicile référés pour des services de physiothérapie identifiés dans le tableau sur le nombre d'usagers desservis.

*** Dont 2 100 jours-traitement au programme AVC-DMC, 4 071 au programme lésion médullaire et 3 560 au programme TCC ainsi que 1 883 HPS au programme AVC-DMC, 3 427 au programme lésion médullaire et 3 298 au programme TCC.

Tableau 33 : Nombre de jours-traitement et d'heures de prestation de service en externe par service en 2003-2004*

Établissements		Physiothérapie	Ergothérapie	Orthophonie	Psychologie	Service social	Total
Richardson	jrs-Tx	4 431	1 502	456	175		6 564
	HPS	3 963	1 822	706	209		6 730
Catherine Booth	jrs-Tx	4 285	423	139	32	53	4 931**
	HPS	3 931	669	191	61	60	4 912**
Lindsay	jrs-Tx	4 225	1 331	312			5 868
	HPS	4 325	1 419	355			6 125
Marie-Clarac	jrs-Tx	6 165***	560	703			7 428**
	HPS	4 792***	767	1 044			6 603**
Villa Médica	jrs-Tx	7 272	3 431	1 667	499	598	13 467
	HPS	5 265	2 959	1 836	740	1 106	11 909
IRM	jrs-Tx	8 875	2 971	865	1 533	1 103	15 866
	HPS	8 288	2 651	712	1 533	1 103	14 287
Total		35 253	10 218	4 142	2 239	1 754	54 124
		30 564	10 287	4 844	2 543	2 269	50 566

* Ces données excluent les soins infirmiers.
** Ces données incluent les services dispensés à la clientèle de cardiologie.
*** Exclue les services aux 109 usagers provenant du domicile référés pour des services de physiothérapie identifiés dans le tableau sur le nombre d'usagers desservis.

Pour fins d'interprétation, ces données doivent être mises en parallèle avec le nombre d'usagers, les volumes de clientèles desservis par chacun des établissements :

Tableau 34 : Nombre de jours-traitement et d'heures de prestation de services en externe par programme et par usager en 2003-2004

Établissements		Neurologie	Orthopédie	Amputations
Richardson	jrs-Tx	18,8	14,0	-
	HPS	22,9	11,6	-
Catherine Booth**	jrs-Tx	19,2	12,8	-
	HPS	23,9	15,1	-
Lindsay	jrs-Tx	24,1	13,5	1,3
	HPS	28,7	13,5	2,1
Marie-Clarac	jrs-Tx	27,9	16,9*	-
	HPS	35,0	12,8*	-
Villa Médica	jrs-Tx	21,4	16,5	14,1
	HPS	35,8	13,4	18,0
IRM	jrs-Tx	20,2	27,5	
	HPS	17,8	25,4	

* Exclue les 109 usagers provenant du domicile référés pour des services de physiothérapie identifiés dans le tableau sur le nombre d'usagers desservis.
** Le nombre de jours-traitement et d'HPS par usager est respectivement de 9,2 et 3,8 en cardiologie.

La quantité de services offert à chaque usager en externe peut être influencé par plusieurs facteurs : le motif de dispensation des services (poursuite de la réadaptation ou suivi), l'intensité des services offerts ou la durée de l'intervention. Ces éléments peuvent eux-même être influencés par les besoins de la clientèle, les pratiques des établissements ou encore par les ressources disponibles. Les tableaux qui suivent concernent d'ailleurs les durées d'intervention et les effectifs dont disposent les établissements au niveau des services externes.

Tableau 35 : Durée d'intervention (en jours) en externe par programme en 2003-2004[15]

Établissements	Neurologie	Orthopédie	Amputations	Physio-thérapie	Ergothérapie	Orthophonie
Richardson	65	62	-			
Catherine Booth	54,4	43,2	-	44,8	40,2	54,2
Lindsay				63	52	140
Marie-Clarac				38*	43*	146
Villa Médica	Non disponible					
IRM	157**	126				

* Estimé à partir du nombre d'interventions et du nombre de visites par semaine.
** Dont 169 jours au programme AVC-DMC, 168 jours au programme lésion médullaire et 139 jours au programme TCC.

Tableau 36 : Effectifs en services externes en ETC*

Établissements	Physio-thérapie	Ergothérapie	Orthophonie	Psychologie	Service social	Total
Richardson	3,0	1,4	0,6	0,2		5,2
Catherine Booth	2,6	1,0	0,2	0,05	0,05	3,9
Lindsay	3,0	1,1	0,6			
Marie-Clarac	3,0	0,6	1,0			4,6
Villa Médica	3,4	2,0	1,3	0,3	0,2	7,2
IRM	5,7	3,8	1,2	1,4	2,5	14,6
Total	20,7	9,9	4,9	1,95	2,75	40,20

* En excluant les soins infirmiers.

Tel que présenté au plan financier, les effectifs des CHR au niveau des services externes varient d'un établissement à l'autre.

[15] Notons qu'il n'y a pas nécessairement d'uniformité entre les CHR au niveau de la façon de comptabiliser les durées d'intervention.

5.2 Les services dispensés par les hôpitaux de jour

Les hôpitaux de jour ne sont pas dotés de système d'information uniformisés. De plus, leur mandat dépasse celui de la réadaptation ou de la convalescence en incluant également des responsabilités d'évaluation et de traitement. Ajoutons que les interventions des hôpitaux de jour ne font pas nécessairement suite à une hospitalisation. Au contraire, elles visent souvent à prévenir une hospitalisation. Dans ce contexte, il apparaît complexe d'obtenir à court terme des informations valables quant au sujet qui nous préoccupe ici.

Ainsi, il a été convenu, dans un premier temps, de ne pas procéder à une cueillette de données auprès des hôpitaux de jour. Il y aura lieu ultérieurement, lorsque des orientations commenceront à se dessiner, de requérir certaines informations spécifiques auprès de ces programmes.

5.3 Les services dispensés par les centres de réadaptation

Tel que mentionné précédemment, les centres de réadaptation Lucie Bruneau (CRLB) et Constance Lethbridge (CRCL) offrent des services de réadaptation axée sur l'intégration sociale et de soutien à l'intégration. Ces services sont majoritairement dispensés sur une base externe. Toutefois, le CRLB offre des services à l'interne par le biais d'un internat de 44 places.

Certains programmes dits « régionaux » ne sont offerts que par un des deux établissements. C'est le cas par exemple, pour les programmes de rhumatologie ou de fibromylagie qui ne sont offerts que par le CRCL, alors que les blessés médullaires ne sont desservis que par le CRLB. Toutefois, la majorité des services sont offerts par les deux établissements qui se partagent les responsabilités sur une base géographique (voir p. 16). Il importe toutefois de souligner que la structure de programme et l'appellation des programmes diffèrent entre les deux établissements.

Les usagers des deux centres de réadaptation présentent des incapacités significatives et persistantes et vivent dans la communauté. Ils relèvent donc du programme « déficience physique ». Les sources de référence de la clientèle sont variées, mais certains usagers sont référés par les centres hospitaliers. D'autres sont orientés vers le centre de réadaptation, par un CHR ou encore un URFI, lorsque la phase dite de réadaptation fonctionnelle intensive est complétée. C'est ce dont font état les tableaux qui suivent.

Tableau 37 : Provenance des demandes acheminées au centre de réadaptation Constance Lethbridge en 2003-2004

Programmes	Provenance			CHR et URFI						
	CHSGS*	CHR ou URFI	Autres	Catherine Booth	Richardson	Lindsay	Villa Médica	Marie-Clarac	IRM	Juif de réadaptation**
Neurologie	43	48	97	5	22	4	2	--	10	5
Orthopédie	18	24	62	8	3	8	--	--	4	1
Rhumatologie	42	18	130	8	1	5	--	--	--	4
TCC	41	20	28	--	--	--	1	--	18	1
Accès aux technologies	6	7	35	1	3	--	--	--	2	1
Évaluation et adaptation de véhicules	32	75	171	10	21	9	2	--	28	5
Évaluation et orientation au travail	22	27	140	4	2	7	1	--	13	--
Autres programmes supports	39	43	103	18	7	4	1	--	9	4
Point de service Ouest de l'île	21	19	50	3	6	3	--	--	4	3
Atelier de travail	3	2	20	--	--	--	--	--	2	--
Relance à la vie sociale	8	12	29	1	3	1	--	--	6	1
Total	275	295	865	58	68	41	7	0	96	25
Pourcentage	19,2	20,6	60,3	19,7	23,1	13,9	2,4	0,0	32,5	8,5

* Les données ne permettent pas de déterminer s'il s'agit de demandes faites suite à une hospitalisation ou de demandes pour des usagers suivis en cliniques externes.

** Les demandes faites au CRCL par HJR concernent essentiellement une clientèle de l'Ouest de Montréal qui a besoin de services de soutien à l'intégration après la réadaptation fonctionnelle intensive suivie à HJR.

Tableau 38 : Provenance des demandes acheminées au centre de réadaptation Lucie Bruneau en 2003-2004

Programme	Provenance			CHR et URFI									
	CHSGS*	CHR ou URFI	Autres	Catherine Booth	Richardson	Lindsay	Villa Médica	Marie-Clarac	IRM	Juif de réadaptation	J.-H. Charbonneau	Notre-Dame-de-la-Merci	Jacques Viger
Encéphalopathie	8	72	35	--	--	5	14	9	36	3	2	3	--
Blessés médullaires	--	52	5	--	--	1	1	--	49	1		--	--
Cliniques externes spécialisées	138	46	844	1	--	3	11	2	19	5	3	1	1
Lésions musculo-squelettiques	1	9	72	--	--	2	--	--	5	2	--	--	--
Neurologie	36	8	127	--	--	2	3	--	1	--	--	2	--
Réadaptation au travail	8	14	171	--	--	1	4	5	3	--	1	--	--
TCC	33	51	74	--	--	1	1	--	49	--	--	--	--
Total	224	252	1328	1	0	15	34	16	162	11	6	6	1
Pourcentage	12,4	14,0	73,6	0,4	0,0	6,0	13,5	6,3	64,3	4,4	2,4	2,4	0,4

* Les données ne permettent pas de déterminer s'il s'agit de demandes faites suite à une hospitalisation ou de demandes pour des usagers suivis en cliniques externes.

Il est important ici de préciser, tant pour le CRLB que pour le CRCL, qu'en ce qui a trait aux demandes effectuées par un CHSGS, les données ne permettent pas de déterminer s'il s'agit de demandes faites suite à une hospitalisation ou de demandes pour des usagers suivis en cliniques externes.

Néanmoins, à l'analyse des données on constate que :

- Pour le CRCL, les demandes effectuées par les CHSGS représentent près de 20 % de l'ensemble des demandes reçues. Un autre 20 % des demandes provient d'un CHR. Pour le CRCL, la proportion des demandes provenant d'un CHR, URFI ou CHSGS est moindre, se situant à environ 25 %.
- Les volumes de clientèles orientées par les CHSGS ou les CHR vers les deux CR sont à peu près similaires.
- L'IRM est le principal CHR référent pour les deux CR. Les demandes en provenance de cet établissement représentent plus de 30 % des demandes acheminées par les CHR au CRCL, mais elles constituent plus de 60 % des demandes orientées par les CHR au CRLB.
- Catherine Booth, Richardson et Lindsay sont les autres principaux CHR référents vers le CRCL, alors que Villa Médica et Marie-Clarac réfèrent plutôt vers le CRLB, mais ils y réfèrent moins d'usagers.
- Les URFI ne réfèrent à peu près aucun usager vers les CR ;

Le tableau suivant présente la région de résidence de la clientèle des deux centres de réadaptation.

Tableau 39 : Région de résidence de la clientèle des centres de réadaptation Constance Lethbridge et Lucie Bruneau* en 2003-2004

Régions	CRCL		CRLB*	
	Nbre	%	Nbre	%
Montréal	1 140	79,4 %	324	67,5 %
Laval	30	2,1 %	23	4,8 %
Laurentides	14	1,0 %	20	4,2 %
Lanaudière	22	1,5 %	25	5,3 %
Montérégie	203	14,1 %	78	16,4 %
Autres	27	1,9 %	10	2,1 %

* Pour le CRLB, les données ne concernent que la clientèle des programmes identifiés au tableau précédent.

On constate donc que la proportion d'usagers originaires d'une autre région que Montréal est plus élevée au CRLB. Dans les deux cas, la région de la Montérégie est la région limitrophe qui utilise le plus les services des deux CR. Il est à noter à ce chapitre que la consommation de services par les autres régions peut s'expliquer par certains mandats suprarégionaux des CR ou par la faible disponibilité, voire l'absence de certains services, dans d'autres régions.

Le tableau qui suit présente l'âge de la clientèle des centres de réadaptation.

Tableau 40 : Âge de la clientèle des centres de réadaptation Constance Lethbridge et Lucie Bruneau en 2003-2004

Âge	CRCL		CRLB	
	Nbre	%	Nbre	%
18-29 ans	144	10,0	132	27,5
30-39 ans	188	13,1	68	14,2
40-49 ans	302	21,0	106	22,1
50-64 ans	456	31,8	127	26,5
65-74 ans	197	13,7	34	7,1
75-84 ans	129	9,0	11	2,3
85 ans et +	20	1,4	2	0,0

* Pour le CRLB, les données ne concernent que la clientèle des programmes identifiés ci-haut.

Selon les données présentées ci-haut, près du quart de la clientèle desservie par le CRCL est âgée de 65 ans et plus, alors que cette clientèle ne représente qu'environ 10 % des usagers du CRLB.

6. Les services posthospitaliers dispensés à domicile

En 2003-2004, les 29 CLSC de la région ont desservi plus de 65 000 personnes à domicile pour des dépenses totalisant plus de 126 M$. Une majorité de ces personnes, soit autour de 41 400, relevaient du programme personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement, alors qu'environ 10 600 personnes été desservies dans le cadre du programme déficience physique.[16]

Par ailleurs, il est reconnu que les ressources actuellement disponibles au niveau des services à domicile sont insuffisantes pour répondre aux besoins de la population montréalaise. Le Plan Montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006 identifiait pour la seule clientèle des personnes âgées des besoins en développement budgétaire de l'ordre de 76 M$. Cette estimation des besoins en développement budgétaire est entre autres basée sur les données issues de l'expérience SIPA, qui a notamment démontré qu'avec l'injection de ressources supplémentaires en services à domicile alliée à une approche de services intégrés et coordonnés les durées de séjour à l'urgence et dans les lits les CH pouvaient être réduites.

6.1 Projet de désengorgement des salles d'urgence

En octobre 2002, dans le but de réduire l'engorgement des salles d'urgence, un projet financé par des fonds non-récurrents de 1,7 M$ visant justement les clientèles concernées dans le cadre du présent mandat a été implanté. Ce projet rendait accessible pour les usagers hospitalisés dans cinq centres hospitaliers de la région le financement des services à domicile requis pour leur retour à domicile en intensifiant et diversifiant sur une base temporaire l'offre de service à domicile pour des clientèles avec des profils spécifiques. Il visait majoritairement une clientèle de personnes âgées en perte d'autonomie temporaire, aptes à recevoir leur congé du CH, mais pour lesquelles une intensité et une diversité de services sont essentielles à leur retour à domicile. Plus spécifiquement, le projet visait les clientèles suivantes :

- **Profil « réadaptation » :** la clientèle en attente d'admission dans un CHR ou une URFI et qui peut, avec la gamme et l'intensité requise de services, retourner à domicile en attente de son admission, qui doit par ailleurs s'effectuer à l'intérieur d'un délai d'un mois;
- **Profil « convalescence » :** la clientèle qui retrouvera en partie ou en totalité son autonomie fonctionnelle et qui peut, avec la gamme et l'intensité requises de services, retourner à domicile. Ces usagers peuvent aussi avoir besoin de services de réadaptation du CLSC ou d'un programme de services externes;
- **Profil « hébergement » :** les personnes âgées en attente d'hébergement en CHSLD qui peuvent, avec la gamme et l'intensité requises de services, retourner à domicile en attendant leur hébergement, qui doit par ailleurs s'effectuer à l'intérieur d'un délai de trois mois;
- **Profil « soins palliatifs » :** personnes nécessitant des soins palliatifs et pouvant retourner à domicile.

En décembre 2003, il s'est ajouté un nouveau volet au projet, soit la création de 100 places en services intensifs à domicile de longue durée qui visait trois CH de la région.

En 2003-2004, 747 épisodes de soins ont été inscrits au premier projet[17]. Les usagers ayant un profil « convalescence » représentaient près de la moitié des usagers rejoint alors qu'environ 30 % des usagers présentait un profil « réadaptation ». Les durées d'intervention dans le cadre de ce projet ont

---

[16] Ces données sont issues du système d'informations clientèles des CLSC (i-CLSC).

[17] Les données qui suivent ont été comptabilisées pour 631 des 747 épisodes de soins, soient celles pour lesquelles des données avaient été fournies au 31 mars 2004.

été respectivement de 34 et 41 jours pour ces deux profils de clientèles. Les coûts par jour ont été de 51,44 $ et 53,19 $ respectivement. Pour les deux profils de clientèle, les services professionnels représentent environ 25 % des services dispensés pendant l'épisode de soins.

En ce qui a trait plus spécifiquement à la clientèle présentant un profil « réadaptation », il importe de préciser qu'aux dires des responsables du projet dans les établissements, peu d'usagers ont dans les faits été admis en réadaptation sur une base interne après leur retour à domicile. Plusieurs hypothèses pourraient être mises de l'avant pour expliquer cette situation. Il n'est pas précisé par ailleurs si ces usagers ont eu accès à des services de réadaptation sur une base externe en remplacement des services prévus sur une base interne.

Il importe de souligner que des contraintes budgétaires ont obligé l'Agence à retirer du projet le profil de clientèle « réadaptation » depuis le 28 mai 2004, le profil pour lequel les services s'avéraient les plus coûteux.

6.2 Les services de réadaptation en CLSC

En 2003-2004, 14 379 personnes ont reçu des services d'ergothérapie et/ou de physiothérapie à domicile d'un CLSC, dont environ 8 000 dans le cadre du programme Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement et 5 000 au niveau du programme déficience physique.[18]

Habituellement, on associe l'intervention des CLSC en réadaptation à des objectifs de « maintien des acquis ». Cependant, cette façon de décrire le rôle des CLSC en matière de réadaptation est relativement restrictive. Les CLSC sont aussi appelés à offrir des services de réadaptation qui visent la récupération d'une fonction, et ce, notamment en physiothérapie. Ces services peuvent être plus ou moins intensifs et faire suite à une hospitalisation. Ils s'adressent le plus souvent à une clientèle qui recouvrera entièrement ou presque entièrement ses capacités avec les traitements requis par sa condition.

Le continuum de services aux personnes ayant subi un arthroplastie de la hanche et du genou, qui a fait l'objet de travaux récents, illustre bien le rôle que peuvent jouer les CLSC au plan de la réadaptation. Les travaux réalisés à ce chapitre sont présentés dans la prochaine section.

[18] Ces données sont issues du système d'informations clientèles des CLSC (i-CLSC).

7. Les clientèles-cibles

Un premier tour d'horizon a permis de dégager les principales données concernant les clientèles et services des CHR et URFI dans leur ensemble. Une attention particulière est maintenant portée à certaines clientèles cibles. Il est à noter que jusqu'à présent les données présentées concernaient l'exercice financier 2002-2003. Toutefois, la majorité des données présentées dans cette section sont relatives à l'exercice 2003-2004 qui sont devenues disponibles au cours des travaux.

7.1 L'orthopédie

Le tableau suivant présente le profil de la clientèle admise en CHR et URFI à cause d'une problématique en orthopédie en termes de diagnostic.

Tableau 41 : Diagnostics présentés par la clientèle admise en CHR et en URFI en 2002-2003 avec une problématique en orthopédie

	Fracture	Entorse/ luxation	Rhumatologie	Autres ou non-précisés
Membre supérieur	159	7	-	6
Membre inférieur	1 432	25	-	33
Colonne	48	15	-	87
Bassin	118	6	-	11
Non précisé-Autre	242	3	1 831	462
Total	**1 999**	**56**	**1 831**	**599**
Grand total				4 485

Selon ces données, on constate donc que 32 % de la clientèle admise suite à un problème orthopédique présentait une fracture au niveau du membre inférieur. Les fractures du col du fémur représentent 82 % des fractures du membre inférieur (26 % de la clientèle d'orthopédie). La clientèle identifiée sous la rubrique « rhumatologie » représentait quant à elle 41 % des admissions effectuées. Une partie importante de cette clientèle a été admise suite à une arthroplastie de la hanche ou du genou effectuée sur une base élective.

Le tableau ci-après présente les volumes de clientèle admise en CHR ou URFI en 2003-2004 suite à une arthroplastie de la hanche ou du genou[19].

[19] Ces données incluent donc des usagers ayant subi leur intervention chirurgicale à l'extérieur de la région et certaines personnes ayant subi une telle intervention suite à une fracture, donc dans un contexte non électif.

Tableau 42 : Séjours en CHR et en URFI de la clientèle ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou en 2003-2004[20]

Établissements	Arthroplastie de la hanche			Arthroplastie du genou		
	Admissions	Âge moyen	DMS	Admissions	Âge moyen	DMS
Richardson	61	72,0	23,1	49	74,7	20,9
Catherine Booth	162	68,4	22,2	227	70,4	20,1
Lindsay	232	69,5	29,9	316	70,5	26,0
Marie-Clarac	254	69,7	24,3	366	68,9	21,5
Villa Médica	151	65,6	20,0	216	69,2	20,1
Institut de réadaptation de Mtl	0	-	-	0	-	-
Jacques Viger	14	69,7	37,5	11	70,4	42,3
J.-Henri-Charbonneau	7	70,9	29,1	24	71,1	36,7
Champlain	41	68,8	19,7	69	69,3	21,0
Institut universitaire de gériatrie	8	77,5	52,0	3	82,0	34,3
Notre-Dame de la Merci	2	84,0	43,5	2	74,0	45,0
Total	932	69,0	24,9	1 283	69,9	22,6

En 2003-2004, environ 2200 personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou ont donc transité par un CHR ou une URFI dans la région de Montréal et ont utilisé environ 143 équivalents-lits. Tel que mentionné précédemment, la prudence est de mise quant à l'analyse des durées moyennes de séjour respectives des établissements. Plusieurs facteurs peuvent en effet expliquer les disparités observées, dont le profil de la clientèle rejointe en termes de conditions associées, de niveau fonctionnel à l'admission, d'âge, etc.

Le tableau qui suit présente des données concernant le cheminement de la clientèle ayant subi une arthroplastie de la hanche à Montréal et dans les autres régions du Québec en 2003-2004.

[20] Ces données sont obtenues à partir des codes d'intervention utilisés par les CH de courte durée dans lesquels ont transité les usagers admis en CHR et en URFI.

Tableau 43 : Cheminement de la clientèle ayant subi une arthroplastie à la hanche en 2003-2004

Régions		Chirurgies			Destination au congé hospitalier							
		Nombre	DMS en CHSGS	Age moyen	CHR Montréal	URFI Montréal	CHR/URFI ext. de Montréal	CHSLD	CH	Décès	CHSLD ou CH hors-province	Retour à domicile
06	nbre	1 382	9,7	66,7	806	69	57	28	82	20	4	316
	%				58,3	5,0	4,1	2,0	5,9	1,5	0,3	22,9
13	nbre	133	14,8	67,3	34	0	49	5	9	2	0	34
	%				25,6	0	36,8	3,8	6,8	1,5	0	25,6
15	nbre	190	11,2	68,7	8	0	0	63	8	1	0	110
	%				4,2	0	0	33,2	4,2	0,5	0	57,9
14	nbre	86	14,3	65,4	8	1	0	11	1	0	0	65
	%				9,3	1,2	0	12,8	1,2	0	0	75,6
16	nbre	408	13,1	68,2	4	2	55	73	5	5	0	264
	%				1,0	0,5	13,5	17,9	1,2	1,2	0	64,7
03	nbre	456	9,4	64,8	0	0	16	12	6	0	0	422
	%				0	0	3,5	2,6	1,3	0	0	92,5
12	nbre	213	8,7	67,2	0	0	4	16	0	2	0	191
	%				0	0	1,9	7,5	0	0,9	0	89,7
Autres	nbre	873	13,5	66,7	0	0	20	83	14	7	0	749
	%				0	0	2,3	9,5	1,6	0,8	0	85,8
Total	nbre	3 741	11,2	66,8	860	72	201	291	125	37	4	2 151
	%				23,0	1,9	5,4	7,8	3,4	1,0	0,1	57,5

On constate donc qu'en 2003-2004 :

- À Montréal, la clientèle ayant subi une arthroplastie de la hanche a séjourné en moyenne 10 jours en centre hospitalier et près de 70 % de celle-ci a été transférée dans un établissement de réadaptation après la chirurgie, où elle a séjourné pendant en moyenne 26,2 jours. Environ 23 % de la clientèle est retournée directement à domicile après sa chirurgie.
- Dans d'autres régions du Québec, le pourcentage de clientèle retournant à domicile après la chirurgie est beaucoup plus élevé. Entre autres, il se situe à 92,5 % dans la région de Québec pour une durée de séjour en milieu hospitalier similaire.

En combinant les séjours moyens en CH, en CHR et URFI, on constate que 67 % de la clientèle opérée à Montréal a séjourné en moyenne près de 35 jours dans un établissement à l'interne. Il importe toutefois de souligner que pour comparer le coût des épisode de soins dans chaque région il faut tenir compte du fait que le coût d'une journée d'hospitalisation en CHR est moindre qu'en CH de courte durée.

Des constats similaires s'appliquent pour les personnes ayant subi un remplacement du genou tel que le présente le tableau qui suit :

Tableau 44 : Cheminement de la clientèle ayant subi une arthroplastie au genou en 2003-2004

Régions		Chirurgies			Destination au congé hospitalier							
		Nombre de chirurgie	DMS en CHSGS	Age moyen	CHR Montréal	URFI Montréal	CHR/URFI ext. de Montréal	CHSLD	CH	Décès	CHSLD ou CH hors-province	Retour à domicile
06	nbre	1759	7,7	67,8	1 095	99	71	29	108	12	4	341
	%				62,3	5,6	4,0	1,7	6,1	0,7	0,2	19,4
13	nbre	149	12,1	68,6	50	0	31	0	26	0	0	42
	%				33,6	0	20,8	0	17,5	0	0	28,2
15	nbre	191	9,5	68,5	12	0	6	61	4	0	0	108
	%				6,3	0	3,1	31,9	2,1	0	0	56,5
14	nbre	123	11,6	68,6	12	5	1	6	2	0	0	97
	%				9,8	4,1	0,8	4,9	1,6	0	0	78,9
16	nbre	626	10,6	66,4	4	4	115	69	5	2	0	427
	%				0,6	0,6	18,4	11,0	0,8	0,3	0	68,2
03	nbre	613	8,9	68,1	0	0	22	12	7	1	0	571
	%				0	0	3,6	2,0	1,1	0,2	0	93,2
12	nbre	298	8,0	68,6	0	0	6	13	1	1	0	277
	%				0	0	2,0	4,4	0,3	0,3	0	93,0
Autres	nbre	1 570	11,2	68,2	1	1	20	95	14	5	0	1 434
	%				0,1	0,1	1,3	6,1	0,9	0,3	0	91,3
Total	nbre	5 329	9,5	67,9	1 174	109	272	285	167	21	4	3 297
	%				22,0	2,1	5,1	5,4	3,1	0,4	0,9	61,9

On constate donc qu'en 2003-2004 :

- À Montréal, la clientèle ayant subi une arthroplastie du genou a séjourné en moyenne 8 jours en centre hospitalier et plus de 70 % de celle-ci a été transférée dans un établissement de réadaptation après la chirurgie, où elle a séjourné pendant en moyenne 22,6 jours. Près de 20 % de la clientèle est retournée directement à domicile après sa chirurgie.
- Dans d'autres régions du Québec, le pourcentage de clientèle retournant à domicile après la chirurgie est beaucoup plus élevé. Entre autres, il se situe à 93 % dans les régions de Québec et de Chaudière-Appalache pour une durée de séjour en milieu hospitalier similaire.

En combinant les séjours moyens en CH, en CHR et URFI, on constate que 72 % de la clientèle opérée à Montréal a séjourné en moyenne 30 jours dans un établissement à l'interne. La même réserve que celle exprimée au niveau des arthroplasties de la hanche s'impose puisque le coût des séjours en CHSGS et en CHR ou URFI ne sont pas les mêmes.

Il importe toutefois de souligner qui si des données exhaustives sont disponibles sur les séjours hospitaliers, aucune information n'est disponible sur les résultats obtenus en termes de niveau fonctionnel et de récupération des habitudes de vie.

Une des mesures du Plan Montréalais d'amélioration de la santé et du bien-être 2003-2006 consistait à assurer l'accès aux services médicaux spécialisés à l'intérieur des délais cliniquement recommandés. Pour les arthroplasties de la hanche et du genou effectuées sur une base élective, les actions proposées étaient de :

- Octroyer un financement additionnel ciblé pour ramener les listes d'attente aux délais d'accès prescrits et soutenir la croissance de la demande jusqu'en 2006. Pour les arthroplasties totales de la hanche et du genou, un délai inférieur à trois mois était visé;
- Concentrer les activités de remplacement de la hanche et du genou ;
- Réorganiser le continuum de services.

Tel que prévu, en 2003-2004, l'Agence de Montréal a entamé des travaux visant une plus grande efficience au niveau du continuum de soins et services à la clientèle ayant subi une arthroplastie de la hanche et du genou dans un contexte électif, donc non-traumatique. Plus spécifiquement, on visait à :

- Diminuer la durée moyenne de séjour hospitalier pour atteindre de 5 à 7 jours, ce qui est inférieur à ce qui avait initialement été prévu dans le Plan Montréalais pour améliorer la santé et le bien-être;
- Réduire la durée moyenne de séjour en CHR de 21 à 15 jours;
- Atteindre 50 % de retour à domicile au congé hospitalier d'ici 2005;
- Offrir des services de réadaptation adaptés à la clientèle en fonction de protocoles standardisés.

Pour ce faire, un cadre de référence a été élaboré en collaboration avec les principaux partenaires impliqués, c'est-à-dire les centres hospitaliers où sont effectués les chirurgies, notamment les orthopédistes, les CHR et les CLSC.[21] L'objectif poursuivi était de favoriser, lorsque possible, le retour à domicile après le séjour hospitalier sans que l'usager ne transite par un établissement de réadaptation. Un continuum de soins et services a donc été défini, couvrant les interventions requises de la phase de pré-admission jusqu'au retour à domicile de l'usager Ces orientations ont été mises en application à partir de février 2004.[22]

Notons que, dans le cadre de ce projet, deux CHR, soit l'Hôpital Marie-Clarac et l'Hôpital Catherine Booth se sont vus octroyés un financement pour l'ouverture de respectivement 16 et 9 lits de réadaptation supplémentaires considérant le nombre de chirurgies planifiées dans la région. De plus, un financement est versé aux CLSC pour les services requis à domicile dans le cadre de l'épisode de soins qui varie de 6 à 12 semaines. Une analyse d'un premier échantillonnage de clientèle desservie à domicile selon le protocole prévu a permis d'identifier un coût moyen des services dispensés par les CLSC à domicile de 1 700 $ par usager pour les personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou dans un contexte électif.[23]

À ce jour, peu de données sont disponibles pour mesurer l'atteinte des objectifs visés. Toutefois, les quelques informations en provenance des établissements démontrent que pour plusieurs centres hospitaliers les objectifs visés n'ont pas été atteints.

---

21 Il est à noter que les URFI n'ont pas été impliqués dans cette démarche.

22 Régie régionale de Montréal-Centre. *Continuum de soins et de services Arthroplastie totale de la hanche et du genou CHSGS-CLSC-CHR-Médecins*, décembre 2003.
Régie régionale de Montréal-Centre. *Cadre de référence Arthroplastie totale de la hanche et du genou CHSGS-CLSC-CHR-Médecins*, décembre 2003.

23 Ce coût comprend l'ensemble des services requis soit les soins infirmiers, les services de physiothérapie et d'ergothérapie ainsi que l'assistance aux AVQ et AVD.

7.2 La neurologie

Le tableau qui suit fait état des admissions en CHR et URFI en 2003-2004 suite à un AVC hémorragique ou ischémique.

Tableau 45 : Séjours en CHR et en URFI de la clientèle ayant subi un AVC pour l'exercice 2003-2004[24]

Établissements	AVC hémorragique			AVC ischémique			Total
	Admissions	Âge moyen	DMS	Admissions	Âge moyen	DMS	
Richardson	26	77,1	35,7	124	77,9	40,4	150
Catherine Booth	5	67,4	30,4	67	71,3	30,4	72
Lindsay	18	57,4	35,9	112	67,3	38,7	130
Marie-Clarac	10	69,8	51,4	129	70,7	37,7	139
Villa Médica	19	65,3	36,5	136	68,7	49,8	155
Institut de réadaptation	18	43,6	65,4	34	52,0	54,2	52
Jacques Viger	1	79,0	43,0	35	71,8	61,0	36
J.-Henri-Charbonneau	7	76,6	44,3	53	74,8	46,8	60
Champlain	1	65,0	6,0	22	74,5	37,3	23
Inst. Universitaire de gériatrie	13	78,8	76,5	42	77,3	80,1	55
Notre-Dame de la Merci	8	79,5	54,4	36	76,9	55,9	44
Total	126	66,4	46,5	791	71,2	45,1	917
Juif de réadaptation de Laval	39	63,4	54,2	151	72,2	46,6	190

Encore ici, la prudence est de mise quant à l'analyse des durées moyennes de séjour respectives des établissements considérant les facteurs qui peuvent expliquer les disparités observées, dont le profil de la clientèle rejointe en termes de conditions associées, de niveau fonctionnel à l'admission, d'âge, etc.

On constate donc que 917 personnes ont été admises dans un CHR ou un URFI de Montréal suite à un AVC. Cette clientèle a utilisé 114 équivalents-lits en 2003-2004. Le prochain tableau présente les CH qui ont référé les personnes ayant subi un AVC en CHR et URFI en 2003-2004.

[24] Les codes 430 à 438 ont été considérés.

Tableau 46 : Provenance de la clientèle admise en CHR et URFI en 2003-2004 suite à un AVC

Provenance	Catherine Booth	Marie-Clarac	Lindsay	Richardson	IRM	Villa Médica	Notre-Dame de la Merci	Institut Univ. gériatrie	Jacques-Viger	J.-Henri Charbonneau	Champlain	Total Montréal	Juif de réadaptation de Laval
Domicile	***0***	***3***	***0***	***3***	***8***	***4***	***3***	***4***	***0***	***5***	***0***	***30***	***1***
Royal Victoria	8	1	6	9	0	0	0	2	0	0	0	**26**	5
Montréal Général	11	0	22	37	2	0	1	1	0	0	0	**74**	10
Inst. de neuro	17	0	33	16	6	0	0	1	0	0	0	**73**	3
Total CSUM	***36***	***1***	***61***	***62***	***8***	***0***	***1***	***4***	***0***	***0***	***0***	***173***	***18***
Notre-Dame	0	10	1	0	10	85	1	17	6	12	1	**143**	0
St-Luc	0	1	0	0	1	1	0	6	0	1	0	**10**	0
Hôtel-Dieu	0	1	0	0	0	30	0	5	10	4	0	**50**	0
Total CHUM	***0***	***12***	***1***	***0***	***11***	***116***	***1***	***28***	***16***	***17***	***1***	***203***	***0***
Sacré-Cœur	0	10	9	0	6	0	19	9	0	2	0	**55**	44
Général Juif	2	0	12	34	0	0	0	1	0	0	0	**49**	53
St-Mary's	13	0	6	25	0	0	0	0	0	0	0	**44**	9
HMR	0	29	0	0	1	8	0	0	0	12	0	**50**	0
ICM	0	1	0	0	0	2	3	1	3	2	0	**12**	2
Jean-Talon	0	21	0	4	0	0	3	0	1	1	0	**30**	0
Santa-Cabrini	0	20	0	0	2	16	1	1	5	10	0	**55**	0
Fleury	0	15	0	0	0	3	8	1	0	6	0	**33**	1
Lachine	0	0	4	0	1	1	1	2	0	0	2	**11**	0
Verdun	8	0	7	2	2	1	0	0	6	0	17	**43**	1
Lasalle	0	0	5	3	4	0	0	0	1	1	2	**16**	0
Lakeshore	7	0	15	15	0	0	0	0	0	0	0	**37**	3
Autres*	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	**3**	1
Total	***66***	***112***	***12***	***148***	***45***	***151***	***40***	***51***	***33***	***57***	***22***	***845***	***133***
CH hors région	**6**	**27**	**10**	**2**	**7**	**4**	**4**	**4**	**3**	**3**	**1**	**71**	**57**
GRAND TOTAL	72	139	130	150	52	155	44	55	36	60	23	916	190

* **Il s'agit de CHR, URFI ou CH psychiatrique.**

Ces clientèles, c'est-à-dire celles qui ont été admises dans un CHR ou URFI à Montréal et à Laval, affichaient les durées de séjour suivantes en centre hospitalier :

Tableau 47 : Durées de séjour hospitalier de la clientèle admise en CHR et URFI en 2003-2004 suite à un AVC

CH référents	AVC hémorragique			AVC ischémique		
	Nbre	Âge moyen	Durées de séjour	Nbre	Âge moyen	Durées de séjour
Royal Victoria	1	76,0	34,0	23	73,2	17,4
Montréal Général	8	73,8	28,9	62	71,2	19,2
Institut de neurologie	25	60,3	26,4	44	68,8	14,4
Notre-Dame	18	54,5	30,9	90	71,0	16,8
St-Luc	0	-	-	7	72,9	43,9
Hôtel-Dieu	5	79,8	24,2	37	71,3	24,3
Sacré-Cœur	16	63,8	43,7	69	72,5	20,4
Général Juif	19	66,9	19,6	71	77,4	20,8
St-Mary's	5	81,0	17,6	45	76,0	16,4
Maisonneuve-Rosemont	5	61,6	30,8	37	69,7	25,3
Institut de cardiologie	0	-	-	12	68,8	24,9
Jean-Talon	1	67,0	54,0	24	73,1	19,5
Santa-Cabrini	5	68,2	29,6	39	71,7	22,3
Fleury	4	78,5	21,0	25	77,1	21,3
Lachine	1	58,0	38,0	9	70,8	30,3
Verdun	4	62,0	27,3	34	71,3	28,9
Lasalle	1	31,0	32,0	15	67,9	24,0
Lakeshore	2	60,5	34,0	29	72,7	22,0
TOTAL	120	64,5	28,8	672	72,4	20,7

De la même façon que pour les CHR et URFI, il faut être prudent à l'analyse des données concernant les durées de séjour puisqu'elles peuvent être influencées par plusieurs facteurs, dont les délais d'accès en réadaptation.

À partir des données disponibles, on peut estimer que la clientèle ayant subi un AVC constituerait autour de 90 % de la clientèle de neurologie admise en CHR et URFI, si on exclut les blessés médullaire et les TCC. Notons à ce sujet qu'en 2003-2004, l'IRM a admis 94 usagers avec blessure médullaire. De ces 94 usagers, 49 ont été référés, dans un deuxième temps, au CRLB. L'IRM a également admis 97 usagers avec un TCC, dont 18 ont été par la suite référés au CRCL et 49 au CRLB.

7.3 Les amputations

Tel qu'expliqué précédemment, trois établissements de réadaptation de la région sont mandatés pour accueillir la clientèle amputée : l'IRM, Villa Médica et le Lindsay. L'IRM est par ailleurs le seul établissement à desservir les personnes ayant subi une amputation traumatique ou une amputation du membre supérieur.

Ces trois établissements ont organisé leur offre de service dans le cadre d'un programme régional et visaient à créer une porte d'entrée unique pour la clientèle amputée en besoin de réadaptation pour une orientation vers l'un des trois établissements. Toutefois, à ce jour, cet objectif n'a pas pu se concrétiser.

Comme présenté précédemment, 200 admissions ont été effectuées en 2002-2003 au niveau du programme « amputés ». Cependant, ces 200 admissions ne concernaient que 174 usagers puisque 26 d'entre eux ont été admis à deux reprises pendant l'année tel que le présente le tableau qui suit :

Tableau 48 : Séjours en réadaptation de la clientèle amputée en 2002-2003*

Établissement	Première admission			Deuxième admission			Admissions combinées		
	Nombre	Âge	DMS	Nombre	Âge	DMS	Nombre	Âge	DMS
Lindsay	40	59,4	48,7	5	66,0	47,2	40	59,4	54,6
IRM	74	50,1	55,9	7	52,4	47,7	74	50,1	60,4
Villa Médica	61	68,2	52,5	12	68,3	33,3	61	68,2	59,0
Total	176	58,5	52,9	24	63,2	40,4	174	58,5	58,4

* Ce tableau exclut une admission effectuée au CH Catherine Booth pour un usager de 52 ans y ayant séjourné 21 jours.

En combinant les deux séjours lorsque applicable, cette clientèle, âgée en moyenne de moins de 60 ans, a séjourné près de 60 jours dans un établissement de réadaptation.

Le tableau suivant renseigne sur le type d'amputation que présentait la clientèle admise dans les trois établissements.

Tableau 49 : Acte chirurgical effectué au CHSGS chez les patients admis en CHR dans le programme « amputés » en 2002-2003

Établissement	Lindsay			IRM			Villa Médica		
	Nombre	Âge	DMS	Nombre	Âge	DMS	Nombre	Âge	DMS
Un ou plusieurs doigts	-	-	-	1	50	29	-	-	-
Main	-	-	-	1	40	21	-	-	-
Avant-bras	-	-	-	2	44	58	-	-	-
Coude/humérus	-	-	-	1	38	39	-	-	-
Épaule	-	-	-	1	41	17	-	-	-
Un ou plusieurs orteils	1	51	24	-	-	-	-	-	-
Pied	3	68,3	65,7	-	-	-	-	-	-
Cheville	-	-	-	1	16	17	-	-	-
Partie inf. de la jambe	22	62,2	58,4	23	49,6	74,8	30	68,6	66,8
Genou/cuisse	9	58,3	51,2	17	55,4	78,6	14	69,7	48,8
Hanche	-	-	-	1	33	102,0	1	41,0	96,0
Abdomino-pelvienne	-	-	-	1	79	112,0	-	-	-
Révision de moignon	1	41	30	3	44,7	48,3	2	73,5	14,0
Inconnus	1	40	77	5	58,6	44,6	-	-	-
Non repérés	2	43,5	54,5	15	48,1	39,7	10	67,5	55,7

7.4 En résumé

Orthopédie :

- En 2002-2003, plus de la moitié des lits des CHR et URFI de Montréal (395 équivalents-lits) ont été utilisés par une clientèle d'orthopédie.
- Près de la moitié de cette clientèle présentait une fracture. Dans les trois-quarts des cas, il s'agissait d'une fracture du membre inférieur.
- Les fractures du col du fémur représentaient environ le quart des admissions en orthopédie.
- La clientèle ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou constituait environ 40 % de la clientèle orthopédique.
- En 2003-2004, près de 20 % des lits de réadaptation disponibles dans la région ont été utilisés par la clientèle ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou.

Neurologie :

- En 2002-2003, la clientèle de neurologie a utilisé un peu plus de 20 % des lits des CHR et URFI (170 équivalents-lits).
- L'IRM compte 24 lits pour les personnes ayant une blessure médullaire et 18 lits pour les personnes ayant subi un TCC.
- En 2003-2004, 114 équivalents-lits ont été utilisés par les personnes ayant subi un AVC.
- La clientèle avec AVC constituerait autour de 90 % de la clientèle de neurologie admise dans les URFI et CHR autres que l'IRM.
- En 2003-2004, environ 170 personnes avec une problématique en neurologie ont été référées dans les deux CRDP par les CH et 200 personnes par les CHR.

Amputations :

- Une trentaine d'équivalents-lits ont été utilisés en 2003-2004 par la clientèle amputée.

Convalescence :

- Près de 150 lits sont disponibles dans la région pour les clientèles « convalescentes ».

Brûlures graves :

- Cette clientèle n'a utilisé que l'équivalent de 3 lits de réadaptation en 2002-2003.

8. Les principaux constats et problématiques

Le réseau des services post-hospitaliers de Montréal présente certes des grandes forces, mais certaines lacunes sont aussi observées.

8.1 Les programme-services

À Montréal, les services de réadaptation se sont développés dans plusieurs réseaux de services distincts, soit celui des CHR, celui des URFI en CHSLD et celui des CRDP. La mission de l'Institut de réadaptation de Montréal, un CHR, et celle des deux CRDP se situent strictement au niveau de la clientèle du programme « déficience physique », c'est-à-dire de la clientèle présentant des incapacités significatives et persistantes. Les autres CHR desservent aussi des personnes présentant des incapacités significatives et persistantes, notamment par le biais de leur programme de neurologie et d'amputations, mais ils rejoignent également, et en grande partie, des usagers du programme « santé physique », c'est-à-dire présentant des incapacités temporaires. C'est le cas de la majorité des personnes présentant une problématique en orthopédie et de la clientèle qui utilise les lits de convalescence[25].

Quant aux URFI, elles desservent tant des personnes présentant des incapacités temporaires que significatives et persistantes. Ils sont plutôt associés au réseau de la gériatrie, donc au programme « personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement ». Mentionnons cependant que si on se réfère à la définition des programmes-services du MSSS, la réponse aux besoins de réadaptation de la clientèle présentant des incapacités significatives et persistantes, quel que soit son âge, relève du programme « déficience physique ». Les URFI accueillent une clientèle de 65 ans et plus ou présentant un « profil gériatrique », bien que certains d'entre eux aient élargi leurs critères d'admission pour s'adresser à une clientèle adulte de tout âge. Par ailleurs, il est à noter que la majorité de la clientèle des CHR est aussi une clientèle âgée. D'ailleurs, rappelons que les trois-quarts de la clientèle rejointe en 2002-2003 par tous les CHR et URFI était âgée de 65 ans et plus. Mentionnons cependant que, certains centres hospitaliers du réseau francophone ont tendance à orienter les personnes âgées aux prises avec de multiples problématiques, plutôt du côté des URFI que vers les CHR[26].

Néanmoins, l'objectif poursuivi ici, n'est pas de déterminer dans quelle mesure la clientèle des CHR et URFI diffère ou est similaire. Il s'agit plutôt de mettre en relief le fait que les rôles et responsabilités de ces établissements au regard des différents programmes-services et clientèles mériteraient d'être clarifiés. Actuellement, force est de constater que les CHR et les URFI, dont la mission en principe diffère, desservent en partie la même clientèle, alors que les établissements avec la même mission, c'est-à-dire tous les CHR ou toutes les URFI, ne desservent pas nécessairement la même clientèle. Cette situation rend plus complexe l'orientation, par les CHSGS, des usagers nécessitant des services de réadaptation.

Par ailleurs, outre les définitions données à chaque programme-service, à un niveau opérationnel, la question de la desserte de la clientèle dite « à profil gériatrique » reste d'actualité. Force est de constater que ce terme peut prendre plusieurs significations. La question en fait est de savoir si les services de réadaptation doivent être organisés sur la base d'un critère d'âge. Dans le cas contraire,

---

25 Nombre de ces usagers sont âgés et en perte d'autonomie. Toutefois, au sens strict du terme, les services de réadaptation offerts à ces usagers ne relèvent pas du programme « déficience physique ».

26 Il n'y a pas d'URFI du côté anglophone.

y a-t-il lieu de mandater des établissements spécifiquement pour desservir, au niveau de la réadaptation, une clientèle dite « gériatriques » et comment définir cette clientèle ?

Les mandats des différents établissements impliqués au niveau de la réadaptation et de la convalescence mériteraient d'être clarifiés afin de faciliter l'orientation de la clientèle en besoin de réadaptation.

La desserte de la clientèle dite « gériatrique » au niveau des services de réadaptation reste à préciser.

8.2 Les modalités d'accès aux lits de réadaptation :

Actuellement, les 14 centres hospitaliers de la région peuvent orienter la clientèle en besoin de réadaptation vers 11 établissements offrant des services de réadaptation sur une base interne. Ces derniers reçoivent également des demandes en provenance de centres hospitaliers des régions limitrophes. Outre les habitudes de référence des établissements et certaines ententes inter-établissements, ces références se font sans corridor de services pré-établis.

Dans le but d'obtenir un lit de réadaptation pour leur clientèle le plus rapidement possible, les CH de courte durée font souvent, pour un même usager, plusieurs demandes d'admission dans des établissements de réadaptation différents. En plus du travail que génère une telle approche pour les CH, cette duplication des demandes d'admission entraîne le traitement inutile de demandes par les établissements de réadaptation pour des usagers qui ne seront jamais admis dans leur établissement. Une partie importante des demandes d'admission reçues par les CHR et URFI seront en effet annulées puisque l'usager aura été admis préalablement dans un autre établissement. Des données recueillies par neuf des onze établissements de réadaptation en 1997-1998[27] démontraient que 37,3 % des demandes d'admission reçues par ces derniers étaient en bout de piste annulées.

L'orientation de la clientèle en besoin de réadaptation est complexe et les modalités pour ce faire génère une perte de temps et d'énergie tant pour les centres hospitaliers de courte durée que pour les CHR et URFI.

8.3 Les délais d'accès aux services

Aucune donnée précise n'est disponible concernant les listes d'attente et les délais d'accès aux services des CHR et URFI. En effet, compte tenu du fait que les CH font plusieurs demandes d'admission pour un même usager, il n'est pas possible d'utiliser le nombre de personnes en attente d'admission dans chaque établissement à titre d'indicateur de l'accessibilité aux services puisqu'un même usager peut se retrouver sur la liste d'attente de plusieurs établissements. De plus, la difficulté d'identifier la date réelle à laquelle l'usager aurait été prêt à recevoir son congé du CH et donc, à être transféré en réadaptation si un lit avait été disponible, rend difficile la mesure du délai d'accès aux services.[28] C'est ainsi que plusieurs démarches amorcées au plan régional pour identifier le nombre

---

27 LEDUC, Murielle. *La réadaptation fonctionnelle intensive : Bilan des services internes et externes offerts dans la région Montréal-Centre*, Régie régionale de Montréal-Centre, 2000.

28 Il est possible de mesurer le nombre de jours s'étant écoulés entre la demande d'admission en réadaptation et le transfert de l'usager. Toutefois, la demande d'admission en réadaptation est souvent faite avant que l'usager ne soit prêt

d'usagers en attente et les délais d'accès aux services ont mené à des résultats peu fiables. Cependant, force est de constater que les centres hospitaliers de courte durée font face à des délais pour le transfert de la clientèle vers les établissements devant leur offrir les services de réadaptation requis par leur condition. Ces délais peuvent être préjudiciables pour la clientèle tout en entraînant une utilisation inappropriée des lits de courte durée. Selon les centres hospitaliers référents, les délais d'accès aux services varient selon la période de l'année et selon les clientèles. Les usagers pour lesquels les délais sont les plus importants sont ceux qui présentent une comorbidité importante.

Bien qu'on ne dispose pas de données précises à ce sujet, il existe des délais d'accès aux services de réadaptation dispensés sur une base interne.

8.4 L'accessibilité des services externes de réadaptation fonctionnelle intensive

L'accessibilité des services externes de réadaptation est insuffisante, mais surtout inégalement développée entre les territoires. En effet, dans la région on retrouve, d'une part, le réseau des hôpitaux de jour qui permet une accessibilité géographique aux services externes de réadaptation à la clientèle âgée. Toutefois, les ressources dont dispose chacune des sous-régions à ce niveau sont fort variables. L'offre de service entre les hôpitaux de jour et donc entre les sous-régions varie également. D'autre part, à l'offre de service des hôpitaux de jour s'ajoute celle des CHR qui ont développé des services externes prioritairement destinés à desservir la clientèle initialement admise dans leur établissement afin de réduire leur durée de séjour. Encore là, ce développement est fort variable entre les établissements. Certains de ces établissements offrent un support au niveau du transport qui varie d'un établissement à l'autre.

En fait, aucun principe défini régionalement n'encadre l'orientation de la clientèle en besoin de services externes de réadaptation que ce soit vers un CHR ou un hôpital de jour. En d'autres termes, les services externes de réadaptation souffrent d'un manque de planification et de coordination au plan régional, alors que l'accessibilité limitée aux services externes de réadaptation peut entraîner une prolongation de la durée de séjour et une utilisation inappropriée de ressources plus coûteuses.

L'accessibilité aux services externe de réadaptation est restreinte et variable d'une sous-région à une autre.

Les mandats des différents établissements au plan des services externes de réadaptation ainsi que les critères d'orientation de la clientèle sont peu définis.

8.5 La prévention de la perte d'autonomie en milieu hospitalier de courte durée

à recevoir son congé et à être transféré en réadaptation et le délai d'accès aux services correspond plutôt au nombre de jours s'étant écoulés entre la date à laquelle l'usager était effectivement prêt à être transféré en réadaptation et son admission.

Certains transferts en réadaptation ou convalescence pourraient être évités ou les durées de séjour en réadaptation/convalescence pourraient être réduites si les mesures requises pour préserver le niveau d'autonomie fonctionnelle de la clientèle âgée hospitalisée étaient plus systématiquement appliquées en milieu hospitalier. Trop peu d'énergie serait en effet investie pour contrer les effets néfastes de l'immobilisation sur la clientèle âgée et éviter le « déconditionnement » de la clientèle.

> Les efforts doivent être intensifiés pour développer une prise en charge hospitalière adaptée aux besoins des personnes âgées afin de préserver le niveau d'autonomie de la clientèle âgée hospitalisée et éviter son « déconditionnement. »

8.6 Accès aux services à domicile

L'intensité des services à domicile offerts par les CLSC est restreinte par les ressources financières dont disposent les programmes de soutien à domicile. Pour certains usagers, l'admission dans un lit de réadaptation ou de convalescence pourrait être évitée ou réduite si l'usager recevait à domicile une intensité de services répondant à ses besoins, tout en recevant ses services de réadaptation sur une base externe. Les délais d'accès aux services à domicile amènent aussi une prolongation indue de la durée de séjour en centre hospitalier, en réadaptation ou en convalescence.

> Le niveau d'accessibilité des services à domicile entraîne des séjours en réadaptation et convalescence inappropriés et ne favorise pas des durées de séjour optimales dans ces établissements.

8.7 Le rôle des CLSC au plan de la réadaptation :

Les CLSC sont appelés à offrir, en phase aiguë, des services de réadaptation qui visent la récupération d'une fonction, par opposition au rôle qu'on attribue habituellement aux CLSC au regard du maintien des acquis. Pour certaines clientèles, il est en effet plus efficient et efficace que le CLSC soit identifié pour offrir, à domicile, les services de réadaptation requis par leur condition. Dans certains cas, le retour à domicile en lui-même peut être un facteur qui favorise la récupération des fonctions. Toutefois, ce n'est pas là une orientation à privilégier pour toutes les clientèles. Dans certains cas, cette avenue n'est pas envisageable, par exemple lorsque des équipements ou un plateau technique sont requis. Dans d'autre cas, la nature des interventions requises, la composition de l'équipe interdisciplinaire nécessaire, ou encore les volumes minimaux de clientèle requis pour le maintien et le développement d'un niveau d'expertise vont à l'encontre d'une telle approche. Également, la question de l'efficience de cette orientation doit être évaluée puisque l'offre de service à domicile implique nécessairement un ratio 1 :1 thérapeute-usager et un déplacement à domicile. Toutefois, force est de constater que l'offre de service des CLSC à ce chapitre n'est pas uniforme dans la région, d'une part à cause d'une disparité au niveau des ressources disponibles dans chaque CLSC, mais aussi au niveau de la vision de chacun des établissements.

> Il y aurait lieu que des balises claires soient définies quant à l'offre de service des CLSC au plan de la réadaptation.

8.8 L'orientation de la clientèle au congé hospitalier

La région compte donc de multiples ressources impliquées en post-hospitalier au niveau de la réadaptation ou de la convalescence, que ce soit sur une base interne ou externe, ou encore à domicile, et ce, par le biais des CHR, URFI, CRDP, hôpitaux de jour, CHSLD et CLSC. Nous avons évoqué précédemment la complexité de l'orientation de la clientèle devant être transférée vers un établissement offrant des services de réadaptation. Ajoutons que, pour une même clientèle ou un même programme, les critères d'admission peuvent différer d'un établissement à l'autre. Devant la multiplicité des ressources impliquées il devient difficile pour les centres hospitaliers de disposer de l'ensemble des informations requises pour identifier la meilleure orientation possible pour chaque usager. Par ailleurs, les centres hospitaliers ne disposent pas toujours de l'expertise nécessaire pour orienter la clientèle vers la ressource la plus appropriée pour répondre à ses besoins. D'autre part, la pression qui s'exerce à l'interne pour que les usagers ne requérant plus une hospitalisation puissent recevoir leur congé a pour conséquence que la disponibilité relative des ressources post-hospitalières peut devenir un élément plus important que les besoins réels de la clientèle pour déterminer son orientation au congé. Il est à noter également que la clientèle peu être rébarbative à être orientée en hébergement temporaire en CHSLD à cause des coûts qu'elle aura à assumer.

Plusieurs éléments font en sorte que l'orientation de la clientèle au congé hospitalier est complexe et la meilleure orientation à privilégier est parfois difficile à identifier par le CH de courte durée.

8.9 Les difficultés d'accès aux services pour certaines clientèles

L'organisation actuelle des services de réadaptation et de convalescence, ainsi que les critères d'admission de certains programmes ou établissements font en sorte que certaines clientèles ont plus difficilement accès aux services de réadaptation, par exemple, les personnes ayant subi un AVC avec des séquelles peu importantes, les personnes avec un potentiel de réadaptation limité, certaines clientèles pour lesquelles on prévoit des durées de séjours qui excéderont la moyenne ou les clientèles qui présentent des conditions associées ou une comorbidité importante. Selon les centres hospitaliers référents, les clientèles suivantes ont notamment difficilement accès aux services de réadaptation ou de convalescence requis par leur condition : les personnes sans mise en charge aux membres inférieurs, les personnes avec une obésité morbide, les personnes hémodialysées, les personnes aux prises avec une bactérie multirésistantes. La situation varie cependant entre les établissements de réadaptation.

Certaines clientèles ont difficilement accès aux services de réadaptation ou de convalescence.

8.10 Les services à la clientèle ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou

Tel que mentionné précédemment, les objectifs régionaux poursuivis par l'implantation, en février dernier, d'un cadre de référence et d'un protocole de soins et services aux personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche et du genou n'ont pas été atteints. De plus, différentes sources d'informations indiquent que l'objectif de retour à domicile de 50 % de la clientèle suite à la chirurgie n'est pas suffisamment ambitieux. Cette situation entraîne une utilisation inappropriée de lits en centres hospitaliers de soins aigus et en centre hospitalier de réadaptation.

L'offre de service aux personnes ayant subi une arthroplastie de la hanche ou du genou n'est pas efficiente.

8.11 Les masses critiques

Pour certains clientèles, dont celles présentant une problématique d'ordre neurologique, la multiplicité des établissements de réadaptation impliqués entraîne des volumes de clientèle fort restreints pour chacun de ces établissements. Cette situation met en question ce qui a trait au volume minimal de clientèle requis pour favoriser le développement et le maintien d'une expertise de haut niveau. Il est probable également que cette approche n'est pas optimale au plan de l'efficience.

Pour certaines clientèles, les faibles volumes d'usagers desservis par chaque établissement de réadaptation amène un questionnement par rapport aux masses critiques requises pour garantir des services de haut niveau.

8.12 L'organisation des services de réadaptation aux personnes ayant une déficience physique à Montréal

Tel que mentionné précédemment, dans la région de Montréal, les CHR et les CRDP se partagent la responsabilité de l'offre de service de réadaptation à la clientèle ayant une déficience motrice, donc des incapacités significatives et persistantes, au sens où ces deux catégories d'établissements sont impliquées auprès de cette clientèle. Les CHR dispensent les services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI), que ce soit à l'interne ou à l'externe, alors que les CRDP se concentrent sur les services de réadaptation axée sur l'intégration sociale (RAIS).

Toutefois, bien qu'au plan conceptuel il s'agisse là de deux phases de réadaptation distinctes, au plan opérationnel ces deux phases se juxtaposent et un tel partage de mandat entre les établissements reste problématique en plus du fait qu'il implique un transfert interétablissement supplémentaire. Malgré tous les efforts déployés au plan du partenariat entre les établissements concernés, notamment pour la clientèle de traumatologie, force est de constater que cette organisation de services n'est pas optimale.

Au niveau du continuum de services en déficience physique, le partage de l'offre de service de réadaptation entre deux catégories d'établissement, sur la base de la distinction entre la réadaptation fonctionnelle intensive et la réadaptation axée sur l'intégration sociale, est peu fonctionnelle.

8.13 La participation sociale des personnes ayant une déficience physique :

Tel que le soulignent les orientations ministérielles 2004-2009 en déficience physique[29],

> *« Qu'il s'agisse d'améliorer l'accès aux services offerts aux personnes ayant une déficience physique, de réduire les temps d'attente, de hausser le financement des programmes, de préciser la clientèle cible, les objectifs trouvent leur raison d'être d'abord et avant tout parce qu'ils visent, par des mesures concrètes, à favoriser la participation sociale pleine et entière des personnes, hommes, femmes, enfants, adolescents et aînés, ayant une déficience physique. Sans la perspective de cette participation, la question de l'accès aux services perd une grande partie de son sens. »*

C'est dans cet esprit que pour les clientèles présentant des incapacités significatives et persistantes il importe de s'assurer que les services de réadaptation offerts dépassent les aspects médicaux et fonctionnels pour intégrer des objectifs de participation sociale, ce que l'organisation actuelle des services ne favorise pas, du moins si on se réfère aux données concernant le nombre de références effectuées par les CHR vers les CRDP.

L'organisation actuelle des services est basée sur un clivage entre les aspects médico-fonctionnels et de participation sociale, au détriment possiblement de ce dernier aspect.

8.14 La continuité des services

Plusieurs des éléments mentionnés ci-haut constituent des entraves à la continuité des services, dont la multiplicité des acteurs impliqués, les corridors de services peu consolidés et les délais d'accès aux services de réadaptation et aux services à domicile.

La continuité des services entre le milieu hospitalier et les ressources post-hospitalières reste à consolider.

8.15 Le contexte de l'implantation des CSSS :

L'implantation des CSSS implique une hiérarchisation des services offerts visant à garantir une meilleure complémentarité et à faciliter le cheminement de l'usager entre les services de 1re, 2e et 3e ligne, et ce, par des ententes et des corridors de services. En outre, la « responsabilité populationnelle » confiée à chaque CSSS implique un partage équitable des ressources disponible entre ceux-ci.

Les CSSS ne dispose pas tous du même niveau de ressources de réadaptation et de convalescence.

---

[29] MSSS. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté Orientation ministérielles en déficience physique Objectifs 2004-2009*, 2003, p. 27.

Références bibliographiques

AGENCE DE DÉVELOPPEMENT DE RÉSEAUX LOCAUX DE SERVICES DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL ET REGROUPEMENT DES CHSLD DE LA RÉGION DE MONTRÉAL. *Portrait de la capacité financière d'un CHSLD en fonction des besoins de sa clientèle 2002-2003*, Montréal, 2004.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Pour une véritable participation à la vie de la communauté Orientation ministérielles en déficience physique Objectifs 2004-2009*, 2003.

RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE. *Rapport d'étape sur les services de réadaptation axés sur l'intégration sociale offerts par : centre de réadaptation Lucie Bruneau Centre de réadaptation Constance Lethbridge L'Institut de réadaptation de Montréal*, Montréal, 1999.

RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE. *Hébergement temporaire programme-cadre et guide opérationnel*, Montréal, 2000 (révisé mars 2004).

RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE. *Continuum de soins et de services Arthroplastie totale de la hanche et du genou CHSGS-CLSC-CHR-Médecins*, Montréal, 2003.

RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE. *Cadre de référence Arthroplastie totale de la hanche et du genou CHSGS-CLSC-CHR-Médecins*, Montréal, 2003.

RÉGIE RÉGIONALE DE MONTRÉAL-CENTRE. *La réadaptation fonctionnelle intensive : Bilan des services internes et externes offerts dans la région Montréal-Centre*, Montréal, 2000.